

D. Luis Valero Aguayo, profesor Catedrático de Universidad del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga,

HAGO CONSTAR QUE:

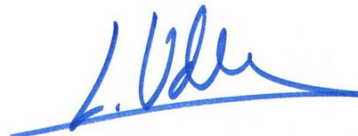
D. Juan José Macías Morón, licenciado en Psicología, ha realizado bajo mi dirección en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Málaga, el trabajo de investigación correspondiente a su Tesis Doctoral titulada:

“LA EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA-FUNCIONAL (FACT) PARA MEJORAR LA SALUD DE EMPLEADOS Y ESTUDIANTES”

“THE EFFICACY OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY AND FUNCTIONAL-ANALYTIC PSYCHOTHERAPY (FACT) FOR EMPLOYEES AND STUDENTS”

Revisado el presente trabajo considero que puede ser presentado al Tribunal que ha de juzgarlo. Y para que conste a efectos de lo establecido en el Real Decreto 99/2011 regulador de los estudios de Tercer Ciclo-Doctorado, AUTORIZO la presentación de esta Tesis en la Universidad de Málaga.

Málaga, a 2 de Mayo de 2019.-



Fdo. Luis Valero Aguayo

*Profesor Catedrático de Universidad
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
Facultad de Psicología, Universidad de Málaga*

TESIS DOCTORAL



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

**La eficacia de la Terapia de Aceptación y
Compromiso y la Psicoterapia Analítica-Funcional
(FACT) para mejorar la Salud
en Empleados y Estudiantes**

The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy
and Functional-Analytic Psychotherapy (FACT)
for Employees and Students' Well-Being

Candidato a Doctor:
Juan José Macías Morón


Director:
Luis Valero Aguayo

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
Facultad de Psicología, Universidad de Málaga**



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Juan José Macías Morón

 <http://orcid.org/0000-0002-3374-7712>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

*Recordar que vas a morir es la mejor manera que conozco
para evitar la trampa de pensar que tienes algo que
perder. Ya estás desnudo. No hay razón ninguna para
no seguir a tu corazón.*

*Remembering that you are going to die is the best way I
know to avoid the trap of thinking you have something
to lose. You are already naked. There is no reason not
to follow your heart.*
“Steve Jobs”



*A mi familia y a mi abuelo Juan.
A mis amigos y clientes.
A todos los que se encontraron en algún
punto de sus vidas con la mía.
Gracias de corazón.*

Resumen

La literatura está repleta de evidencia sobre las repercusiones del malestar psicológico en muchos ámbitos diferentes, sobre todo en el trabajo y en los institutos de enseñanza secundaria. El objetivo de este estudio fue desarrollar un breve programa de formación para mejorar el bienestar psicológico en las organizaciones y en los institutos. Las dos terapias más representativas de tercera generación basadas en el contextualismo funcional: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) se han integrado en un enfoque unificado denominado FACT (*Functional Analytic Acceptance and Commitment Therapy*). La eficacia de este híbrido ha sido examinada en seis estudios realizados con empleados y estudiantes. Un total de 475 personas han participado en estos estudios y han formado a más de 385 participantes, tanto hombres como mujeres, de edades comprendidas entre 16 y 67 años, además de más de 200 sesiones a lo largo de 3 años. En primer lugar, las sesiones con los empleados se realizaron individualmente con el objetivo de ser una forma idiográfica de extraer procesos funcionales y análisis que apoyasen el trabajo. En segundo lugar, esta evidencia en el trabajo fue el punto de partida para ampliar nuestros conocimientos en el entorno escolar, adaptando el protocolo original a un formato grupal. Finalmente, los resultados a través de todos los entrenamientos han llevado a un breve protocolo de tres sesiones con FACT para mejorar el bienestar psicológico. La evidencia de este breve programa se obtuvo a lo largo de las investigaciones con diferentes medidas (GHQ-12, MBI-GS, DASS-21, EROS, SWLS, WAAQ, AAQ-II, FFMQ, MAAS, AF5, EBP y FAP-SNAPSHOT) y de diferentes condiciones experimentales (grupo de control en lista de espera, grupo de control, comparación activa, diseño cuasi experimental, estudios de caso). Además, se discuten varias implicaciones relativas a la flexibilidad psicológica y se sugieren otros mecanismos de cambio. En conclusión, este novedoso protocolo se basa en los componentes principales con la integración de los dos enfoques contextuales y proporciona apoyo inicial y evidencia sobre su eficacia en el trabajo y en el entorno académico.

Prólogo

He elegido este formato de tesis doctoral a la hora de plasmar lo que llevo de *viaje* por la vida. De lo extenso que es el conocimiento y mi promiscuidad por otras ramas del conocimiento, esta simbiosis es la que más me apasiona: Psicología y Ciencia.

Si tuviera la creatividad de Dalí, mi viaje estaría plasmado en cuadros, o incrustado en la pantalla del cine con la imaginación de Walt Disney o Spielberg. Si viviera en otra época, también habría elegido otro formato de comunicarme con el mundo. Lo que sí tengo claro es que el conocimiento tiene que servir para mejorar la calidad de vida del ser humano y mejorar la vida cotidiana de las personas. Por lo que, en cualquier lugar que me encontrara y en cualquier época de la historia, estaría ayudando a los demás con lo que hiciera. Sin ánimo de vanagloriarme, es algo que he defendido siempre; si tienes una habilidad, haciendo lo que sea, empléala lo mejor que sepas. Aun así y más allá de poseer una habilidad, desde hace ya más de 10 años es a lo que más tiempo le he dedicado en mi día a día. Citando la premisa de Sócrates «Yo solo sé que no sé nada», reconozco en primer lugar mi ignorancia. En el pasado existía la figura del científico humanista y polifacético, por ejemplo, Aristóteles, Michelangelo o Da Vinci, que eran expertos en diversas disciplinas porque existía una unidad en el conocimiento. Hoy día, el grado de especialización es tal, que la gran mayoría de profesionales no conocemos nada más allá de nuestro campo. Contextualizando el significado de estas investigaciones y, aunque lo que se avanza en esta tesis arroje datos únicos en el mundo sobre mi campo, corresponde a un simple diminuto grano de arena del conocimiento existente. En este planeta, que es un simple grano de arena en un multiverso.

Retomando el sentido pragmático de esta tesis y al igual que B.F. Skinner, comparto su interés en concebir la psicoterapia como un recurso para un mal ya existente, o una vía de modificación del comportamiento, que indicaría ya la existencia de una problemática. El objetivo tendría que ser el desarrollo y promoción de pautas culturales más efectivas en la que el reforzamiento de topografías “psicopatológicas” no llegase a acontecer (Skinner, 1953/1970). La Psicología se ha encargado durante décadas en conocer cómo estamos programados o condicionados, a través de los genes, la cultura, la sociedad, nuestro entorno, etc. Esta tesis pretende des-condicionar al ser

humano de los patrones o hábitos que todos arrastramos, generando un espacio de consciencia entre el Yo y nuestra historia. Con la premisa de promover la libertad individual o de elegir de manera consciente la vida que queremos vivir. Sintetizado en una metáfora, si tenemos instalado el Windows Vista (programa por defecto con el que venimos al mundo), lo que se plantea en estas líneas aspira a *hackear* el sistema operativo que el ser humano trae de serie e instalar uno nuevo: Linux, por ejemplo, que funciona más rápido. Al principio estaremos confusos y no sabremos cómo tenemos que relacionarnos con nuestros eventos privados, pero poco a poco aprenderemos a pilotar a este vehículo llamado “ser humano”. Con la máxima final de promover pautas culturales y aprender a vivir la vida que quieres vivir para entrar como lo quieres hacer en tu último viaje, la muerte.

Para que la luz brille tiene que existir oscuridad o incertidumbre como en la alegoría de la caverna de Platón, pero salir de las sombras implica el riesgo de quedar cegado por la luz. Aunque una vela pueda dar luz a cambio de consumirse, es muy gratificante poder ofrecer luz en la oscuridad de las tinieblas de la mente de otras personas que sufren como sufro yo. Debería de ser un dogma poder extender todas las herramientas que puedan ayudar al ser humano a identificar: Nosotros no somos nuestros pensamientos de fracaso o nuestra emoción de miedo o vergüenza, y que podemos elegir cómo relacionarnos con esos pensamientos y emociones de manera acorde a un sentido vital o a una manera de trascender en este mundo. En función de cómo te relaciones con esa mochila o *background*, tu vida será de una manera o de otra dentro de 50 años. Nosotros tenemos la libertad de despertar de esa oscuridad condicionada a lo largo de las variables y contingencias de nuestra historia. Pero despertar de esa oscuridad y salir de la caverna, escuece en los ojos, ver con claridad implica un sacrificio y pasarlo muy mal. Romper un hábito es lo que más detesta el ser humano y cambiar implica romper con la “coherencia” de cómo yo me relacionaba con el mundo. De hecho, para que el ser humano cambie de raíz se necesita una gran voluntad. Incluso después de sobrevivir a un accidente de tráfico mortal por hablar con el móvil, hay personas que siguen usando el móvil. Y personas que fuman después de haberse “curado” de cáncer, entre otras situaciones reales incluidas en esta tesis. Por lo que, lo que en este trabajo se avanza no es la receta para una vida plena. Quizás supone señalar un camino y que cada persona decida si de verdad quiere transitarlo. No obstante, podrá hacer más probable ese cambio y aquí es donde toma partido una filosofía contextual y funcional para entender y abordar el sufrimiento humano.

Hasta que yo cogí las riendas de mi vida, pasó un tiempo, donde no encontraba el sentido en lo que hacía. Aún así, a veces me siguen apareciendo esos pasajeros donde la filosofía se apodera de mí. Era un adolescente lleno de miedos que intentaba acallarlos de cualquier manera. Para no afrontar la realidad, evitaba e intentaba silenciar el sufrimiento. Lo conseguía a corto plazo, pero me duraba cada vez menos. Desde ir en barco a Dublín o en tren hasta Polonia para no superar mi miedo al avión (esto lo saben todos mis clientes). Casi rechazo irme a estudiar a Reino Unido por no saber gestionar mi temor al avión. Ahora no estaría en este punto de no haber conectado mi sufrimiento con la vida que quiero vivir. No estaría aquí de no haber comprendido que llevaba toda mi vida evitando y no conseguía estar mejor, no conseguía encontrarme “mejor”. Solo estaba cada vez peor. Lo afronté, me costó muchísimo y todavía sigo teniendo miedo. El miedo no se ha ido, al igual que no se le habría ido al pequeño Albert si viviera. Somos un organismo biológico que interacciona en un contexto socioverbal como diría Skinner. El miedo seguirá conmigo, aunque sea estudiante, Doctor, Catedrático o premio Nobel. Pero he aprendido a que yo elijo si quiero que el miedo dirija mi vida o que no lo haga en absoluto. Y ahora mis pasos no se dirigen a eliminar el malestar. Ya no quiero que se vaya, incluso a veces disfruto del malestar. Aunque estoy todavía muy lejos, estoy aprendiendo a vivir con el malestar y a vivir de la forma en la que quiero vivir. Aunque a veces “evito” conscientemente, lo que también resulta recomendable para no convertirse en un yogui.

El planteamiento de esta tesis nace de una primera idea trasnochada apuntada en un trozo de papel guardado en la mesita de noche en mi época de estudiante. Aunque bueno, tendríamos que remontarnos a mi historia porque todas esas variables me han conducido aquí. Ya desde pequeño mostraba fascinación por el funcionamiento del ser humano. Siempre me gustó escuchar a los demás y analizar el comportamiento de los que tenía alrededor. Luego convertí mi historia en una profesión. Volviendo a la mesita de noche, tenía curiosidad de llevar la clínica en un formato atractivo para producir cambios en otros contextos. ¿Por qué no llevar la psicoterapia basada en la evidencia a las empresas? Esa era mi idea, con 18 años. Se quedó en el cajón unos años más, hasta que encontré publicado algunas investigaciones llevadas a cabo en el contexto laboral. Cobró todavía más sentido mi idea. Pero siguió guardada. Tras acabar la carrera y hacer el máster, me sumergí en la psicoterapia y en ofrecer formación. Esta etapa me llevó a interesarme de nuevo en aplicar cómo concebía la psicoterapia, la existencia y el

sufrimiento humano. De la mano de los hallazgos encontrados en ella, intenté trasladar esos conocimientos al contexto laboral. Es cuando realicé mi primera investigación con las primeras nociones sobre FACT en una empresa. Esos primeros datos que aparecen en el apartado de resultados suponen el punto de partida, de un corto pero intenso peregrinaje por intentar mejorar la calidad de vida del ser humano en un área donde pasa un tercio de sus vidas: el trabajo. Tras mejorar y destilar los componentes más importantes del programa, se adapta y traslada al contexto escolar, donde los alumnos pasan gran parte de sus vidas y son especialmente sensibles para adquirir habilidades que determinaran sus vidas. Los resultados en este contexto son prometedores también, aunque todavía nos encontramos ante un programa en gestación. Los siguientes pasos consistirán en extraer un análisis funcional de los procesos que conducen a las personas a adquirir patrones inflexibles para su posterior corrección. Los estudios de esta tesis han continuado aplicando FACT en distintos otros contextos. Su lectura mostrará ese desarrollo y cuál ha sido su eficacia.

Agradecimientos

Tras estos años de recorrido, no solo los que ha durado la tesis doctoral, también todos los anteriores que también han hecho posible que me encuentre aquí escribiendo, son muchas las personas que han colaborado en mi vida para que este proyecto salga a la luz. De manera global, quiero empezar agradeciendo a todos los que han contribuido de una manera u otra a que una idea basada en un sueño despierto de estudiante se convierta en realidad. Voy a mencionar a algunas personas que han dejado su impronta en este trabajo y a los que no puedo mencionar también, no por ser menos importantes.

Quiero agradecer a mi madre Cristina su natural fuente de amor incondicional y flexibilidad psicológica natural. Es ejemplo para mí de lucha constante, no desfallecer y ver con claridad, aunque todo esté oscuro. A mi padre Pedro, que me ha transmitido el coraje y carácter para lograr lo que me propongo. Mi hermana Mari Carmen, porque me ha cambiado los pañales y dotado de frescura mi educación. Sin su presencia yo ahora quizás me encontraría en otro lugar por amortiguar el peso de las contingencias en muchas ocasiones. También ha contribuido con el trabajo más pesado de corregir tests. También agradecer que me haya dado a mi sobrina Alejandra, que es un regalo para todos y será nuestra pequeña siempre. Llevan 10 años apoyando mi trabajo y sin ellos que son parte esencial de mi historia, no sería Psicólogo. De manera especial y aunque no se encuentre ya entre nosotros, quiero agradecer a mi abuelo Juan, porque representa todos los valores que tiene que reunir un psicoterapeuta, y que él de manera humilde me transmitió con el ejemplo de su conducta. También ha sido mi fuente de inspiración (*awareness, courage and love*). En segundo lugar, quiero agradecer a los amigos que siempre han estado ahí, a pesar del tiempo que he estado “encerrado estudiando o escribiendo”. Manu, porque es mi hermano desde la guardería, siendo mi mejor psicólogo, con palabras mucho mejores que las de cualquier persona de mi gremio. Es un ejemplo de buena conducta y honestidad. Agradecer como de la familia también a Úrsula y Oswald, que me han visto crecer y siempre me han apoyado en todo y tratándome como a un hijo. Los viajes a Alemania también me dieron perspectiva para seguir.

Mi cuñado Paquito, también ha puesto su granito de arena en mi desarrollo. Paco² por su risa contagiosa y adaptación de su vocabulario al mío. Mi amigo Ale, por hacerme reír desde pequeño y compartir conmigo muchos momentos. A mis compañeros de batalla de la Universidad: Adrián que está siempre ahí soportando mis delirios y sabe escucharme. David, que me saca a tapear y apoya mis firmes convicciones cuando quiero algo. Cristian por su útil ayuda con los cuestionarios y las ratillas. A Lola por mostrarme que había tonos claros dentro de mí. A Carmen por estar ahí durante la carrera como nadie. A mis amigos Sergio, Fran, Antonio y Armando, por ser una cuadrilla que ha cobijado mis inquietudes con cultura y conversaciones existenciales desde edades muy tempranas. A mi amigo Jay, por ser una fuente de inspiración y amor puro, junto con Darío, que siempre me deriva trabajo. A mi amiga Ana, porque, aunque pase el tiempo y cambie de ciudad acaba estando. A mi amiga Alba, por su apoyo moral y la traducción. A Eva, por sostenerme, sobre todo en momentos de hipocondría. A mi colega de investigación Antonio, por darle serenidad a mis prontos y ser el mejor compañero de fatigas para afrontar adversidades con calma y

humor con el CD. Sin su vital ayuda, que está en todo momento arrojando el hombro no sería posible mi trabajo.

Como punto de inflexión en mi trayectoria quiero agradecer a José Molinero por darle sentido al caos en mi cabeza y devolverme las ganas para ser psicólogo; ofrecerme todo lo que sabía de una manera humilde, humana, honesta y ahorrarme muchos años para que mi experiencia me devolviera lo que él me ofreció en poco tiempo y con el ejemplo de su conducta. A Luis Valero –mi director de tesis- que tiene el don de la constancia y ha sabido transmitírmelo. Siempre me ayuda con todo lo que me propongo y Loly, que siempre está ahí para cualquier cosa. A Maribel Hombrados –mi tutora de doctorado- por su rápida respuesta en cualquier momento y su habilidad para anteponerse a la adversidad. A MJ por sus valores personales, su lucidez con los números, su brillantez y su exquisito orden. Es un ejemplo de trabajo y humildad, sin su ayuda esto no habría sido posible. A Frank Bond, porque es capaz de reconducir mil dudas de trabajo con un simple email y por ofrecerme los pilares para empezar un viaje y a Karoly con nuestra experiencia en Bristol. A Emilia, por invitarme a que estudiara Psicología cuando era un adolescente perdido y a su confianza absoluta en mí. A María José, por creer en mis habilidades con las matemáticas. A los demás profesores del Guadaiza por su apoyo. A todos los profesores de la UAL, que han contribuido a mi desarrollo desde los 18 años, en especial a Israel por su amabilidad en compartir todo su conocimiento conmigo y su consulta. Serafín y Antonio, por ser ejemplos de congruencia y enseñarme una gran parte de lo poco que sé. A Pepe y Paqui por confiar en mí. También, por abrirme las puertas de la UCAM y tratarme sin conocerme desde el primer día como parte de su familia, quiero agradecer a Ana, Isa y Helena. La confianza de ellas en todo momento me ha dado alas en los meses más duros. A mi amigo Agu por encargarse de la portada y enseñarme sin duda más que yo a él en estos años. A Sean y Nicole, por acogerme en Londres y tratarme como uno más de la familia para hacer posible que investigue durante mi estancia. A mi tía por ser el nexo y dedicarme muchas horas de pequeño junto con mis primos.

Especialmente, a todos mis pacientes que me han enseñado tanto en tan poco tiempo, a todos mis alumnos y clientes, por confiar en mí aun teniendo la cara de niño que espero seguir teniendo hasta que me jubile.

Gracias, de corazón a todos.

Juan José Macías Morón
Málaga, Mayo de 2019

Índice

Resumen	VII
Prólogo	VIII
Agradecimientos	XIII
1. Introducción	1
1. El malestar psicológico	1
1.1. El malestar psicológico en el entorno laboral	1
1.2. El fenómeno del burnout	3
1.3. Características y modelos del burnout	7
1.4. El malestar psicológico en el entorno académico	9
1.5. Estresores en el entorno académico y sus consecuencias	11
2. El sufrimiento humano	15
2.1. El sufrimiento humano y el dolor como parte inevitable de vivir	15
2.2. La hiperreflexividad como condición psicopatológica	17
2.3. Las clasificaciones del sufrimiento humano	20
2.4. Alternativa: una dimensión funcional de la psicopatología	23
2.4.1. La evitación experiencial como alternativa funcional	24
2.4.2. La evitación experiencial como mecanismo inherente al sufrimiento humano	26
2.4.3. La inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial	28
2.5. Contextualismo funcional	31
2.6. Análisis experimental del comportamiento	34
2.7. El análisis funcional del comportamiento	36
2. Las Terapias Contextuales	41
1. Teoría de los Marcos Relacionales y sus aplicaciones clínicas	41
1.1. La derivación de funciones y la generalización a estímulos arbitrarios a través del caso del pequeño Albert	43
1.2. Conceptos básicos de RFT y sus aplicaciones clínicas	46
1.2.1. Seguimiento de instrucciones e insensibilidad a las contingencias...	46
1.2.2. Inflexibilidad psicológica o regulación verbal ineficaz	48
1.2.3. Marco jerárquico con el deíctico “Yo”	49
1.2.4. Reglas motivacionales	50
1.2.5. Formas de utilizar las reglas verbales en la RFT	51
1.3. El lenguaje y la derivación de funciones en la práctica clínica	52
1.4. El uso de metáforas en la RFT	54
1.5. Flexibilidad a la hora de aplicar la RFT	58
2. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	59
2.1. ACT como propuesta para abordar la psicopatología humana	59
2.2. Principios esenciales de ACT	63
2.3. Procesos de ACT y el hexaflex	66
2.4. Evidencia de la ACT	71
3. Aplicaciones de ACT en el trabajo	74
3.1. Modelo de flexibilidad organizacional	75

3.2. Eficacia de ACT en el trabajo	80
3.3. Limitaciones del hexaflex y su medición	82
4. Aplicaciones de ACT en el entorno educativo	83
4.1. Estudios sobre ACT en el entorno académico	84
4.2. Consideraciones éticas para mejorar la salud en el ámbito académico	88
5. La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)	90
5.1. Las conductas clínicamente relevantes	92
5.2. Relaciones entre eventos privados	93
5.3. La relación terapéutica como mecanismo de cambio en FAP	95
5.4. Reglas terapéuticas en FAP	97
5.5. Usando la conciencia, coraje, amor y conductismo para promover el cambio	101
5.6. Eficacia de FAP en diferentes contextos, condiciones clínicas y culturas	103
5.7. FAP: un modelo transcultural	104
5.8. Resultados positivos de FAP en otras culturas	106
5.9. Integración de FAP con otras terapias	106
6. Aplicaciones de ACT en breves periodos de tiempo: La Terapia Focalizada de Aceptación y compromiso	108
6.1. Características de la Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso..	109
6.2. Resultados de la Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso	112
6.3. Eficacia de la Terapia breve: menos es más	113
7. FACT. La integración de FAP y ACT en sus raíces históricas	114
7.1. Características de FACT	116
7.2. Estudios previos sobre FACT	118
7.3. Recomendaciones para la integración de ACT y FAP	121
3. Objetivos	123
1. Introducción	124
2. Objetivos generales.....	126
3. Hipótesis generales	127
4. Objetivos específicos	128
5. Hipótesis específicas	129
4. Protocolo FACT	133
1. Características del protocolo FACT	136
2. Procesos esenciales en el protocolo FACT	138
2.1. Experiencia creativa de la desesperanza	138
2.2. Los valores en el contexto terapéutico	141
2.3. Sufrimiento como parte de la vida y aceptación	142
2.4. Clarificación de valores	144
2.5. Control de los eventos privados como problema	146
2.6. Toma de perspectiva y defusión	149
3. Procesos usados desde FAP	152
3.1. Relación humana y genuina como vehículo para la transformación	153
3.2. El moldeamiento como mecanismo de cambio	154
3.3. La generalización funcional dentro y fuera de la consulta	156
4. Actividades para la generalización en FACT	157
5. Recaídas en FACT	159
6. Seis aplicaciones del protocolo FACT	162

5. Primer estudio. Programa FACT en el trabajo: dos estudios de caso	165
1. Resumen	165
2. Introducción	166
3. Método	169
3.1. Participantes	169
3.2. Diseño	170
3.3. Instrumentos	171
3.4. Procedimiento	172
3.5. Conductas clínicamente relevantes	173
3.6. Intervención	174
4. Resultados	177
5. Discusión	181
6. Segundo estudio. Programa FACT para mejorar el bienestar psicológico en el trabajo	183
1. Resumen	183
2. Introducción	184
3. Método	186
3.1. Participantes	186
3.2. Diseño	186
3.3. Instrumentos	186
3.4. Procedimiento	188
3.5. Análisis de datos	191
4. Resultados	191
5. Discusión	192
7. Tercer estudio. La eficacia y efectividad de FACT en empleados públicos ..	195
1. Resumen	195
2. Introducción	196
3. Método	198
3.1. Participantes	198
3.2. Diseño	199
3.3. Instrumentos	199
3.4. Procedimiento	201
3.5. El protocolo FACT	203
3.6. Análisis de datos	204
4. Resultados	205
5. Discusión	209
8. Cuarto estudio. El protocolo FACT aplicado en estudiantes de bachillerato	213
1. Resumen	213
2. Introducción	214
3. Método	215
3.1. Participantes	215
3.2. Diseño	216
3.3. Instrumentos	216
3.4. Procedimiento	218
3.5. Análisis de datos	221
4. Resultados	222
5. Discusión	225

9. Quinto estudio. Diferencias entre FACT y ACT aplicados en estudiantes de bachillerato	231
1. Resumen	231
2. Introducción	232
3. Método	234
3.1. Participantes	234
3.2. Diseño	234
3.3. Instrumentos	235
3.4. Procedimiento	236
3.5. Análisis de datos	241
4. Resultados	241
5. Discusión	248
10. Sexto estudio. Eficacia del protocolo FACT en estudiantes de otra cultura	253
1. Resumen	253
2. Introducción	254
3. Método	256
3.1. Participantes	256
3.2. Diseño	257
3.3. Instrumentos	258
3.4. Procedimiento	259
4. Resultados	262
5. Discusión	264
11. Conclusiones Generales y Discusión	267
1. Introducción	267
2. Resumen de los seis estudios	268
3. Cumplimiento de los objetivos	270
4. El desarrollo de FACT	271
5. Semejanzas de ACT y FAP	274
6. Diferencias de la investigación entre FACT versus ACT	275
7. La replicación, la eficacia y la efectividad de FACT	277
8. La flexibilidad psicológica como una medida de malestar	278
9. Hacia otros mecanismos de cambio terapéutico	280
10. Terapia basada en los mecanismos y procesos de cambio. El <i>rationale</i>	282
11. Limitaciones de los estudios realizados	284
12. English Summary	289
1. Introduction	290
2. FACT	292
2.1. Acceptance and Commitment Therapy	293
2.2. Functional Analytic Psychotherapy	294
3. The FACT Protocol	297
4. Method: Six different studies applying FACT	298
4.1. Research 1: Program FACT in the workplace: Two case studies	298
4.2. Research 2: Program FACT to enhance employee's well-being in workplace	299
4.3. Research 3: The efficacy and effectiveness of FACT for public employees	299

4.4. Research 4: The protocol FACT applied to student's in the high school...	300
4.5. Research 5: Differences between ACT versus FACT applied to students in high school	301
4.6. Research 6: Efficacy of protocol FACT in students from other culture	302
4.7. Compliance with established hypothesis	304
5. Conclusions	305
6. Discussion	306
6.1. The development of FACT oto improve psychological well-being	308
6.2. Commonalities of ACT and FAP	309
6.3. Differences found in our research among FACT versus ACT	311
6.4. Replication as the key aspect in the modern science	313
7. Psychological Flexibility as measurement or mechanism of change	314
8. Alternatives to other mechanisms of change	315
9. The future of intervention science	317
10. Study limitations	318
13. Referencias	321
14. Anexos	359

Índice de Anexos

1. Anexo 1. Consentimiento informado aprobado por CEUMA y código ético ..	359
2. Anexo 2. Algunas de las metáforas usadas en la investigación.....	360
3. Anexo 3. Cuestionario de Salud General de Goldberg-12	368
4. Anexo 4. Cuestionario de Aceptación y Acción-II.....	369
5. Anexo 5. Cuestionario de Aceptación y Acción Relacionado con el Trabajo ..	370
6. Anexo 6. Escala de Satisfacción con la Vida	371
7. Anexo 7. Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness	372
8. Anexo 8. Escala Mindful Attention Awareness Scale.....	374
9. Anexo 9. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21	375
10. Anexo 10. Inventario de Burnout de Maslach Encuesta-General	376
11. Anexo 11. Autoconcepto Forma 5.....	377
12. Anexo 12. Instantánea Vital de FAP	378
13. Anexo 13. Escala de Bienestar Psicológico; Subescala de Bienestar Laboral..	379
14. Anexo 14. Escala de Observación de Recompensa Ambiental.	380

Índice de Tablas

Tabla 1.1. Comparación sobre la concepción de un “trastorno” entre la perspectiva transdiagnóstica y la perspectiva imperante taxonómica	22
Tabla 2.1. Esquema de los principios esenciales en FAP	101
Tabla 4.1. Resumen de las características y ejercicios del Protocolo FACT	137
Tabla 4.2. Esquema de los elementos más importantes de la desesperanza.....	140
Tabla 4.3. Esquema de los elementos para trabajar con valores	145
Tabla 4.4. Esquema de los elementos del control como problema.....	148
Tabla 4.5. Esquema de los elementos de la toma de perspectiva	151
Tabla 4.6. Esquema sobre los principios esenciales en FAP utilizados	153
Tabla 4.7. Ejemplo de un diálogo sobre un caso real donde se muestra el uso del moldeamiento y la aceptación durante la terapia con FACT	155
Tabla 4.8. Ejemplo de un diálogo sobre un caso real donde se muestra el uso del moldeamiento y las metáforas durante la terapia con FACT	156
Tabla 5.1. Comportamientos categorizados como CCR1 y CCR2 de Jesús	173
Tabla 5.2. Comportamientos categorizados como CCR1 y CCR2 de Jaime	174
Tabla 5.3. Procesos principales del protocolo FACT breve	176
Tabla 5.4. Resultados de los dos participantes en sus distintas mediciones.....	178
Tabla 6.1. Procesos principales del protocolo FACT breve.	190
Tabla 6.2. Datos medios de los cuestionarios pre-post y significatividad.....	192
Tabla 7.1. Descripción de las actividades y procesos de la intervención	204
Tabla 7.2. Medias de pretest, medias ajustadas posttest, error estándar (entre paréntesis), F estadístico y tamaño del efecto (η^2 cuadrado)..	206
Tabla 8.1. Resumen de actividades del protocolo FACT	220
Tabla 8.2. Análisis funcional grupal sobre los problemas de los estudiantes.	221

Tabla 8.3. Media en el postest ajustada al pretest, error estándar (entre paréntesis) en función del grupo y sexo.....	223
Tabla 8.4. Resultados del análisis de covarianza, con las medidas pretest como covariables y grupo y sexo como factores: estadístico F, probabilidad asociada y tamaño del efecto (eta-cuadrado).....	224
Tabla 9.1. Protocolo ACT.....	238
Tabla 9.2. Protocolo FACT.....	240
Tabla 9.3. Análisis funcional grupal.....	241
Tabla 9.4. Datos de los tres grupos en sus medidas pre1, pre2 y post.....	242
Tabla 9.5. Resultados de la prueba <i>t-Student</i> comparando el Pre1 y Pre2 en el Grupo Lista de Espera (después FACT).....	243
Tabla 9.6. Resultados de la prueba <i>t-Student</i> comparando el Pre2 (lista de espera) y Post en el Grupo FACT.....	243
Tabla 9.7. Resultados de la prueba <i>t-Student</i> comparando el Pre y Post en el Grupo ACT.....	245
Tabla 9.8. Resultados de la prueba <i>t-Student</i> comparando el Pre y Post en el Grupo ACT.....	247
Tabla 9.9. Resultados de la prueba <i>ANOVA</i> comparando ambos grupos pre-post FACT y ACT.....	247
Tabla 9.10. Tamaño del efecto en el grupo FACT y el grupo ACT.....	248
Tabla 10.1. Protocolo FACT.....	261
Tabla 10.2. Resultados del análisis de varianza (pre-post y seguimiento), error estándar, F estadístico y tamaño del efecto (eta cuadrado) como función del grupo de intervención.....	263

Índice de Figuras

Figura 1.1. Porcentaje de artículos totales reuniendo los criterios de búsqueda para estrés y bienestar (well-being).....	4
Figura 1.2. Modelo psicopatológico desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Teoría de los Marcos Relacionales	30
Figura 2.1. Ejemplo de la equivalencia entre una metáfora basada en la RFT y el problema del cliente.....	56
Figura 2.2. Esquema del modelo de salud y factores de flexibilidad psicológica según el esquema del hexaflex desde ACT	66
Figura 2.3. Esquema del hexaflex de ACT aplicado al trabajo terapéutico buscando la flexibilidad organizacional dentro del contexto laboral	79
Figura 2.4. Esquema de las diversas relaciones entre conductas	94
Figura 5.1 Puntuaciones de Jesús en los cuestionarios EROS y EBP en las distintas mediciones pre-post-seguimiento	179
Figura 5.2. Puntuaciones de Jesús en los cuestionarios GHQ-12 en las distintas mediciones pre-post-seguimiento	179
Figura 5.3. Puntuaciones de Jaime en los cuestionarios EROS y EBP en las distintas mediciones pre-post-seguimiento.....	180
Figura 5.4. Puntuaciones de Jaime en los cuestionarios GHQ-12 en las distintas mediciones pre-post-seguimiento	180
Figura 6.1. Media de las puntuaciones pre-post obtenidas en los distintos cuestionarios	192
Figura 7.1. Promedio de las puntuaciones en el GHQ-12 (cuestionario de bienestar psicológico). La línea de puntos indica el punto de corte del cuestionario y la presencia de malestar psicológico.....	207
Figura 7.2. Promedio de las puntuaciones en el MBI-GS (escala de agotamiento). La línea de puntos indica el punto de corte del cuestionario y la presencia de agotamiento.....	207
Figura 7.3. Promedio de las puntuaciones en la Instantánea vital de FAP.....	208
Figura 8.1. Promedio en las variables GHQ-12 y SWLS (hombres; H y mujeres; M), entre el grupo FACT y el grupo de control.....	224

Figura 8.2. Promedio en la variable de observar del FFMQ (hombres; H y mujeres; M), entre el grupo FACT y el grupo de control.....	225
Figura 9.1. Diagrama explicativo de la asignación al grupo ACT y FAP	235
Figura 9.2. Media de las puntuaciones obtenidas entre el pretest y el postest en el grupo FACT en las variables GHQ-12, SWLS, AAQ-II y MAAS....	244
Figura 9.3. Media de las puntuaciones obtenidas entre el pretest y el postest en el grupo FACT en AF5 sobre autoconcepto	244
Figura 9.4. Media de las puntuaciones obtenidas entre el pretest y el postest en el grupo ACT en las variables GHQ-12, SWLS, AAQ-II	246
Figura 9.5. Media de las puntuaciones obtenidas entre el pretest y el postest en el grupo ACT en la variable MAAS	246
Figura 10.1 Diagrama explicativo de la asignación al grupo ACT y FACT	257
Figura 10.2. Promedio del GHQ-12 (bienestar psicológico), entre el grupo FACT y el grupo de control en las tres evaluaciones (pre-post-seguimiento)...	263
Figura 10.3. Factor de observación, del cuestionario FFMQ entre el grupo FACT y el grupo de control en las tres evaluaciones.	264

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

*Es difícil encontrar la felicidad en uno mismo,
pero es imposible encontrarla en otro lugar
(Schopenhauer, 1851)*

Las investigaciones realizadas en esta tesis tratan de poner a prueba una forma de intervención que mejore el bienestar psicológico de las personas en distintos contextos. Para ello se parte de una conceptualización del sufrimiento humano y los problemas psicológicos desde una perspectiva contextual, donde el lenguaje forma parte también de ese contexto, y donde la intervención terapéutica directa junto con el manejo del lenguaje contribuye a mejorar esos problemas. De esta forma, se examinan en este primer capítulo los conceptos de salud psicológica en los diferentes contextos en los que se han realizado estos estudios (laboral y educativo), y también esa concepción del sufrimiento humano en parte debido al lenguaje y su manejo. Lo que nos llevará finalmente a explicar también los fundamentos de intervención psicológica desde las terapias contextuales, explicitando las trampas del lenguaje y la hiperreflexividad y su papel en la génesis y desarrollo de la psicopatología humana bajo el paraguas del contextualismo funcional.

1. El malestar psicológico

1.1. El malestar psicológico en el entorno laboral

Las evidencias y hallazgos más recientes de la Organización Mundial de la Salud indican que los problemas psicológicos afectan a casi la mitad de la población mundial. Esta prevalencia de malestar psicológico es una de las causas de incapacidad (Henderson, Andrews y Hall, 2000) y además la OMS (2011) advierte que en 2030 la depresión será la primera causa de discapacidad.

La evidencia en todo el mundo sugiere que la angustia psicológica clínicamente relevante la experimenta entre el 19 y el 30 por ciento de la población general en los

últimos doce meses (Hilton et al., 2008). El riesgo de malestar psicológico aparece en todas las esferas de la vida, pero se produce especialmente en el lugar de trabajo. Los empleados tienen que pasar 1/3 de su vida en el trabajo e incluso pueden permanecer un 60% de las horas despiertas en el trabajo. El estrés asociado según la cuarta encuesta europea sobre condiciones de trabajo (Parent-Thirion, Macías, Hurley y Vermeylen, 2007), concluye que el estrés es el segundo problema de salud en el trabajo en Europa, afectando un promedio del 30% de trabajadores a lo largo de 27 países.

Estos problemas de salud son altamente prevalentes en el entorno organizacional del mundo industrializado. El estrés se encuentra detrás del 25% de las bajas laborales de los trabajadores europeos, un estado que supone una media de dos o más semanas de baja para cualquier empresa. Los trastornos depresivos son la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea (Takala, 2007). Asimismo, las problemáticas derivadas del trabajo producen absentismo laboral, presentismo, rendimiento pobre y bajada de la productividad en el puesto de trabajo, aumento de accidentes laborales, empeoramiento de la imagen de la empresa y corporación, quejas, reclamaciones de clientes, etc. Estos problemas psicológicos suponen una gran carga para la economía mundial, contribuyendo a pérdidas en la productividad (Kessler, Merikangas y Wang, 2008).

Con respecto al panorama español, casi un 20% de las personas residentes en España ha presentado algún trastorno mental según los criterios del DSM-IV, y un 8.4% lo hizo en el último año (Cardila et al., 2015). Estas cifras de prevalencia en problemas psicológicos suponen un coste a nivel europeo estimado en 118 billones de euros y un gasto anual de 5005 millones en el caso de España (Sobocki, Jonsson, Angst, y Rehnberg, 2006).

En algunos entornos laborales como en las administraciones públicas, el malestar psicológico alcanza una prevalencia del 40% (Stride, Wall y Catley, 2007). La angustia en el lugar de trabajo también puede desencadenar el síndrome de agotamiento o más comúnmente conocido como *burnout*, que es una respuesta prolongada al estrés emocional e interpersonal crónico en el trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Los empleados que experimentan malestar psicológico y agotamiento a menudo experimentan problemas de salud física y emocional junto con una disminución de la sensación de salud mental (Stalker y Harvey, 2002). Asimismo, el 31% de los trabajadores con malestar psicológico elevado no son conscientes de que pueden tener problemas de salud mental. El 29% de los empleados con malestar son conscientes de tener problemas, pero no han buscado tratamiento. El 19% de los trabajadores con

dificultades previamente habían buscado tratamiento, pero actualmente no estaban recibiendo tratamiento, a pesar de que su nivel actual de malestar justificaba la intervención. Solo el 22% de los trabajadores que muestran malestar clínicamente significativo estaban recibiendo tratamiento (Hilton et al., 2008). Los motivos van desde la vergüenza a revelar que presentan dificultades a sus compañeros de trabajo, amigos, familiares y otras circunstancias personales. Las enfermedades relacionadas con el estrés también se asocian con altos costos económicos para la sociedad (Boorman, 2009), con un aumento del absentismo y una menor eficiencia en el trabajo.

La repercusión según estos datos sobre la prevalencia estadística en la salud mental es relevante para el conocimiento público y global, con el propósito de poder tomar medidas, favorecer una conciencia global sobre esta situación y poder revertir las consecuencias y repercusiones en los diferentes contextos en los que se produce. Es un problema público y los gastos económicos mundiales afectan directamente a la sociedad e indirectamente a cada familia y empleado. Estas cuestiones son relevantes tanto para la salud de los empleados, como para la economía de las empresas a nivel nacional y mundial. Además, los tratamientos habituales y la medicación parece que no están dando resultados pragmáticos a largo plazo a estas cuestiones y demandas del día a día (Spleen, Lengerich, Camacho y Vanderpool, 2014). El incremento y prevalencia cada año de estos problemas de salud apuntan en otra dirección a la hora de abordar y entender el sufrimiento humano (como trataremos de explicar más adelante).

1.2. El fenómeno del *burnout*

Algunos acontecimientos socioeconómicos que se produjeron a nivel mundial tuvieron una gran influencia en la génesis de este malestar psicológico, con la aparición del fenómeno denominado *burnout*. Sobre todo, en los años 70 con el desarrollo de nuevas tecnologías en el trabajo y el consiguiente impacto en las fuerzas laborales desencadenando un progresivo aumento del desempleo por la automatización de la instrumentación de los procesos industriales.

El número de artículos publicados sobre bienestar laboral (*well-being*) ha crecido exponencialmente teniendo en cuenta las circunstancias sociales y económicas del momento en el que se produjeron, mostrando con ello el interés profesional y social en ponerle remedio. Bliese, Edwards y Sonnentag (2017) realizaron un estudio sobre las

publicaciones sobre bienestar y estrés laboral. Distinguen tres eras: la primera de 50 años desde 1917-1966 (n=173), la segunda era de 30 años desde 1967-1996 (n= 213) y la tercera de 20 años desde 1997 hasta el presente (n=220). En la Figura 1.1 se pueden apreciar las fluctuaciones en las publicaciones relacionadas con el estrés y el bienestar, con un fuerte incremento a partir de este nuevo siglo.

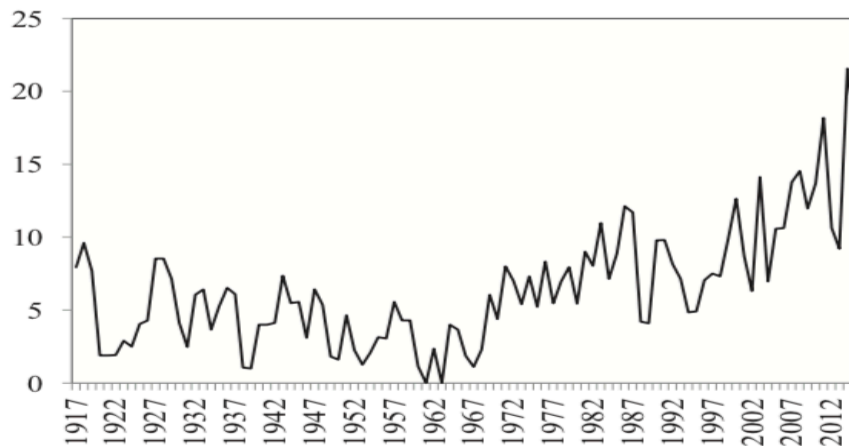


Figura 1.1: Porcentaje de artículos totales reuniendo los criterios de búsqueda para estrés y bienestar (*well-being*). Adaptado de Bliese, Edwards y Sonnentag (2017).

El periodo de tiempo desde 1917 hasta 2017, representa una etapa de cambios mayores en política, economía, tecnología y sociedad. Desde la revolución industrial, la gran depresión de 1929, las guerras mundiales, la revolución tecnológica e Internet, y la globalización de mercados han desencadenado y catalizado un nuevo orden mundial con profundas repercusiones en todos los países. Estas circunstancias de manera específica en el ámbito organizacional facilitaron reacciones emocionales en los empleados, tales como el descontento o frustración en el trabajo, la alienación que induce sentimientos de impotencia, falta de sentido, aislamiento social y distanciamiento (Shepard, 1977).

Estos factores socioculturales crearon el contexto adecuado para el surgimiento de factores de riesgo que merman la calidad de vida y el bienestar en el mundo laboral (Maslach y Jackson, 1981). Los profesionales de los servicios humanos dieron un apoyo sustancial a este fenómeno y su importancia como un riesgo laboral real. Una vez que el *burnout* fue reconocido como factor influyente en la salud organizacional se comenzó a atraer la atención de los investigadores. Asimismo, el concepto y fenómeno del *burnout* se ha estudiado y extendido en multitud de contextos: sanitarios (médicos, enfermeros, profesionales sanitarios), servicios humanos, bomberos, policías, maestros, funcionarios

de prisiones, profesionales de salvamento, ingenieros, contables, operadores de comunicación, entre otros (Carlin y De los Fayos, 2010).

Tras las primeras publicaciones sobre el *burnout* como condición que afectaba a la salud psicológica y laboral, hubo un cambio importante en la literatura y en la opinión de las personas sobre este fenómeno. Fue en 1974 cuando el psiquiatra Herbert Freudenberg, observó un patrón conductual en muchos trabajadores y eligió la palabra *burnout* para referirse a una pérdida de energía, desmotivación y falta de interés por el trabajo con el resultado de agotamiento, ansiedad o depresión (Moreno, González y Garrosa, 2001). Este término era muy común en la jerga con sus pacientes que abusaban de sustancias, y en el ambiente deportivo, refiriéndose a aquellos participantes que no conseguían los resultados esperados a pesar del esfuerzo realizado. El término *burnout* o estar quemado, contaba con una gran aceptación social, ya que correspondía con una definición muy descriptiva y poco estigmatizadora. El público se sentía identificado con esta definición, al contrario que ocurría con los trastornos psiquiátricos (Maslach y Jackson, 1986).

Existen varios modelos teóricos sobre el *burnout*, aunque desde esta tesis se ha seguido el primer modelo multidimensional de Maslach que ha sido el más ampliamente estudiado y ha obtenido mayor reconocimiento (Maslach y Jackson, 1986). No obstante, se han incluido algunas nociones de otros modelos que plantean el desarrollo del *burnout* desde otras teorías, particularmente desde el modelo existencial que se ha podido integrar de manera armónica con los principios de las terapias contextuales y más concretamente con la noción de valores desde un punto de vista del sentido vital en el área del trabajo.

Este modelo existencial del *burnout* comprende una serie de elementos que conducen a su desarrollo. Según esta aproximación, el *burnout* tiene sus raíces en que los empleados altamente motivados pueden quemarse debido a que sus expectativas son más altas que el empleo que desempeñan, por lo que aparece un sentimiento generalizado de frustración (Pines y Yafe, 2001). Más recientemente, Molina, Linde y Avalos-Martínez (2007) lo definen como la paradoja de la atención de salud en la que el profesional encargado en ayudar a los demás puede enfermar, en la medida en que ayuda a otras personas. Maslach y Leiter (2008), también incluyen una categorización que depende de las características del trabajo, como un alto volumen de trabajo, conflictos, ambigüedad de roles, baja previsibilidad o falta de apoyo social e injusticias.

Como resumen de este recorrido por la definición del *burnout*, podemos describirlo y resumirlo como un patrón de conductas producto de factores estresantes en el entorno de trabajo que predisponen al empleado y que afectan a su vida laboral y personal. Estos factores pueden ser de carácter laboral, fundamentalmente la interacción que el empleado mantiene con los condicionantes del puesto de trabajo (trabajo-cliente), además requiere de un tiempo para su emergencia. Por lo que sería un proceso continuo y progresivo que va amplificando el malestar hasta su aparición, aunque no hay consenso para asemejarlo al estrés laboral, existen paralelismos. El *síndrome de burnout* aparecería como un problema adaptativo entre los estresantes laborales y la forma en la que el individuo se relaciona con ellos. Toda actividad que requiera una dedicación, esfuerzo y exista una exigencia constante, tiene el peligro de que aparezca este síndrome conocido y estudiado como *burnout*.

En la literatura española, uno de los autores más citado es Gil-Monte (2005, 2007, 2008), que traduce al español el término *burnout* como *Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (SQT), definiéndolo como una respuesta psicológica al estrés en el entorno organizacional prolongado, que surge en los empleados que están en contacto con usuarios o clientes de la empresa, caracterizándose por dificultades cognitivas, baja realización profesional, pérdida de ilusión en el trabajo y deterioro afectivo con agotamiento emocional. Este autor clasifica dos perfiles según el grado de severidad. El perfil uno sería un estrés laboral que origina malestar, pero no lo incapacita para el trabajo. El perfil dos sería un problema más severo con niveles incapacitantes o clínicos. En suma, es una problemática que afecta a la salud y se presenta en el contexto organizacional, presentando una interacción entre el trabajo y el empleado.

Las cifras del *síndrome del burnout* en profesionales del ámbito de la salud oscilan desde el 31% hasta el 42,2% a nivel mundial (Grau et al., 2007). En España entre el 10 y el 20% sufre desgaste profesional (Gomero-Cuadra, Palomino-Baldeon, Ruiz-Gutiérrez y Yesán, 2005). Desde 1990 hasta el 2010 han aumentado a más del doble el número de casos de *burnout* y actualmente existe entre un 20-25% de riesgo de tener este tipo de síndrome.

1.3. Características y modelos del *burnout*

El *burnout* es reconocido actualmente como un problema social trascendente, y aunque existen varios modelos y definiciones sobre las características que engloba, es el comportamiento emocional conocido como “agotamiento” el más utilizado. La primera definición de agotamiento fue propuesta por Maslach y Jackson (1981) y la medida correspondiente para su modelo multidimensional es el *Inventario de Burnout de Maslach* (MBI), adoptado por la comunidad internacional para la teorización e investigación de este fenómeno. El MBI se ha utilizado ampliamente en la investigación del *burnout*, y tanto la medida como el modelo multidimensional subyacente han recibido un fuerte apoyo empírico con una gran aceptación debido a la estructura factorial y validez del instrumento. Autores como Souza et al. (2009) argumentan que este instrumento se define como una medida fiable y válida de manera independiente del lugar donde se estudie este fenómeno. Se han elaborado diferentes versiones, de acuerdo con las ocupaciones que se querían evaluar. En este trabajo se emplea la versión del MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory-General Survey*) de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, (1996), en concreto la versión española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000), que corresponde a la versión genérica del MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey*). En este cuestionario se estudia la relación de la persona con el trabajo, midiendo la actitud del trabajador ante las tres dimensiones: agotamiento, cinismo y la eficacia profesional. Esta definición no se derivó de una teoría existente, sino que se desarrolló sobre la base de varios años de investigación exploratoria, acumulando factores y componentes en los distintos estudios. Esta investigación involucró entrevistas, encuestas y observaciones de campo en empleados de una amplia variedad de profesiones "orientadas a las personas", incluyendo: atención a la salud, servicios sociales, salud mental, justicia penal y educación.

La definición operativa que vamos a seguir en esta tesis, y la medida correspondiente, que se utiliza más ampliamente en la investigación del agotamiento es el modelo de *tres componentes* desarrollado por Maslach y Jackson (1981). A partir de la cual, hemos definido el agotamiento como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional que puede ocurrir entre individuos que trabajan con otras personas.

El *agotamiento emocional* se refiere a los sentimientos de estar excesivamente agotado emocionalmente de recursos. La *despersonalización* se refiere a una respuesta negativa, insensible o excesivamente desapegada a otras personas, que suelen ser los destinatarios de su servicio o atención. *Baja realización profesional* se refiere a una disminución en los sentimientos de competencia y logro exitoso en el trabajo. Los hallazgos confirmaron los componentes del agotamiento emocional y la despersonalización, pero también revelaron un tercer componente separado que es la realización profesional. Este componente derivado se conoce como una dimensión separada. Este sentimiento de baja realización profesional se relaciona conceptualmente además con fenómenos tales como la autoeficacia (Bandura, 1977) y la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Aunque el agotamiento ha sido estudiado más sólidamente y correlacionado con el *burnout* que los otros dos, estos componentes de despersonalización y baja realización personal se pueden considerar y estudiar como aspectos separados también. Esto ha conducido a algunas personas a argumentar que el *burnout* es solo una dimensión del agotamiento emocional, y que los otros componentes deben eliminarse de la definición (Shirom, 1989), aunque la autora Maslach no está de acuerdo con esta simplificación del síndrome. Aunque de los tres componentes del *burnout*, el agotamiento es el más cercano a la variable estudiada como estrés, puede que el *burnout* sea más complejo de analizar que el estrés. Este modelo multidimensional necesitaría articular las interrelaciones entre los tres componentes, más que emplear cada escala de manera independiente. En la última concepción del *burnout*, la autora Maslach (2009) plantea como elemento central a las consecuencias psicosociales de la exposición prolongada al estrés, es decir, una respuesta a los factores estresantes interpersonales en el contexto laboral en la que se desenvuelve el trabajador.

Otro aspecto en esta concepción sería el no reconocimiento del lado humano del trabajo, favoreciendo la aparición del *burnout*. Esta conceptualización multidimensional tiene importantes implicaciones a la hora de adecuarse al tipo de puesto de trabajo, pues habrá puestos donde sea más proclive el agotamiento (tareas monótonas y repetitivas), con el propósito de abordar la intervención y contemplar los diferentes componentes del *burnout* para poder diseñar pautas más efectivas y específicas.

Finalmente, según el modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider, y Stevenson (1986) la despersonalización sería la primera fase del *burnout*, seguido del desarrollo de la baja realización profesional y finalmente el agotamiento. Aunque los

autores Leiter y Maslach (1988) proponen que el agotamiento ocurre primero, conduciendo a la despersonalización y produciendo baja realización profesional después.

1.4. El malestar psicológico en el entorno académico

Del mismo modo que existe malestar psicológico en el entorno laboral y en la vida cotidiana, también se produce en el entorno académico y en la población adolescente. Los estudiantes deben de hacer frente a los cambios psicológicos y psicosociales que están relacionados con el desarrollo de una vida personal autónoma, realización personal y madurez intelectual. Este grupo debe aprender a gestionar las demandas académicas y sociales que se encuentran en su desarrollo formativo y su posterior preparación para la universidad y el desempeño de una carrera profesional acorde a las preferencias de cada estudiante. Por lo tanto, el período educativo es un período sensible y está considerado por muchos como clave para el desarrollo y aprendizaje de sistemas de afrontamiento contra el estrés para un futuro. Esta etapa de la vida es especialmente susceptible para desarrollar habilidades que actúen como una barrera protectora para prevenir o amortiguar las dificultades inherentes a la vida y los problemas psicológicos que puedan ir surgiendo.

Niveles moderados de tensión a veces pueden ser beneficiosos. Por ejemplo, sentirse ligeramente estresado puede ayudar a realizar un buen trabajo, aumentar la concentración y dejar a un lado las demás tareas que las personas tienen que afrontar. También existen diferencias individuales y lo que para un estudiante es estresante, para otro no lo es (Omura, 2007). No obstante, si el estrés es intenso y se prolonga en el tiempo, antes y durante un examen, las consecuencias para la salud física y mental pueden ser severas, incluyendo cambios somáticos que perjudican al organismo (Lee y Larson, 2000). Crear entornos escolares positivos y saludables puede tener numerosos beneficios para mejorar la salud, el bienestar y los logros académicos. Las condiciones actuales sobre prevalencia del sufrimiento psicológico en estudiantes sientan las bases para impulsar y elaborar un marco teórico que argumenta la urgencia de realizar acciones encaminadas a mejorar los problemas existentes en los estudiantes en los entornos académicos.

El estrés que surge en la etapa de estudiante afecta a una gran parte de su población, contribuyendo a niveles elevados de sufrimiento psicológico, comportamientos de riesgo, depresión y ansiedad, como han podido ser observados en grupos de estudiantes en numerosos países (Pledge et al., 1998). La forma en que los estudiantes experimentan estrés también implicará inevitablemente un cambio de actitud del alumno hacia sus estudios, por lo que las habilidades que posea para afrontar situaciones estresantes juegan un papel importante como mecanismo de prevención. Desde fines de la década de 1990, ha habido un incremento dramático en los problemas psicológicos reportados en niños y adolescentes (Costello et al., 2004) y se han realizado estudios epidemiológicos en adolescentes menores de 18 años en todo el mundo, con tasas de prevalencia en malestar psicológico que van del 8 al 20% (Organización Mundial de la Salud, 2005). En las últimas décadas se han impulsado intervenciones preventivas para responder a los problemas de salud mental que han documentado niveles excesivos de problemas psicológicos en jóvenes (Twenge et al., 2010). El reconocimiento de estos datos ha conducido a un creciente interés en utilizar la escuela como un medio o vehículo para promover comportamientos saludables en los jóvenes. Otros estudios también sugieren altas tasas de prevalencia (especialmente depresión y ansiedad, entre estudiantes de todo el mundo). Se ha evaluado el impacto del estrés en los estudiantes en diferentes modalidades e investigaciones (Edwards, Hershberger, Russell y Market, 2001; Misra, McKean, West y Russo, 2000; Reifman y Dunkel-Schetter, 1990; Zaleski, Levey-Thors y Schiaffino, 1999). Las investigaciones sugieren que la prevalencia de problemas psicológicos como la ansiedad o depresión está aumentando considerablemente entre los estudiantes (*Center for Collegiate Mental Health*, 2016). El nivel de malestar es muy alto y alcanza índices del 83% de estudiantes con malestar moderado o severo (Rosenthal y Wilson, 2008). Los factores que producen un mayor perjuicio y un mayor malestar emocional según Megivern, Pellerito y Mowbray (2003), incluyen: calificaciones bajas (19%), disminución de las habilidades emocionales y de comportamiento (53%), aislamiento social (31%), depresión (9%). Además, la salud emocional, el conflicto y los problemas financieros tienen un importante y significativo efecto en el rendimiento escolar y el abandono de los estudios.

Los estudiantes pasan una gran parte de su tiempo en las aulas y, por lo tanto, las escuelas tienen el potencial de ejercer una poderosa influencia en la salud de los niños. Además, existe un fuerte vínculo entre el estado de salud de los estudiantes y su

capacidad para aprender (Singh, Mulder, Twisk, Van Mechelen y Chinapaw, 2008). Hill (1984) estimaba que entre el 25% y el 30% de estudiantes estadounidenses sufren los efectos adversos del estrés ante exámenes y hasta 10 millones de estudiantes no alcanzan sus objetivos debido a problemas de rendimiento relacionados con la ansiedad.

Dado que la mayor parte del porcentaje de malestar es debido a las habilidades para gestionar las emociones y el comportamiento, el objetivo de nuestro trabajo se ha centrado exclusivamente en mejorar la salud de los estudiantes en el entorno académico y, en concreto, en cómo se relacionan con sus eventos internos. Dado que la generalización funcional es un apartado esencial en el protocolo que hemos usado, nuestro propósito es extender las mejoras clínicamente significativas del aula, al entorno de cada participante. Otra hipótesis implícita en nuestros estudios es que, los estudiantes deberían aumentar el rendimiento académico si se logran disminuir los índices de malestar y ansiedad, como se ha descrito anteriormente. Asimismo, los eventos vistos como un desafío tienden a generar respuestas positivas (por ejemplo, estudiar más intensamente), mientras que aquellos considerados como una amenaza tienden a generar respuestas negativas como la evitación o abandono de los estudios (Shields, 2001). El objetivo de la presente investigación también ha sido generar un contexto donde los estudiantes consideren las circunstancias adversas como un entrenamiento y un desafío positivo. Por lo tanto, promover el entrenamiento y enseñanza de estrategias que estén basadas en el manejo de sus emociones y conocimiento personal puede beneficiar a los estudiantes (Camero, Martín y Herrero, 2000).

1.5. Estresores en el entorno académico y sus consecuencias

Los tipos de estresores asociados con el entorno académico han sido ampliamente estudiados (Harvey, Drew y Smith, 2006). A partir de la literatura disponible, es posible identificar los factores que con mayor frecuencia han sido asociados con el estrés experimentado por los estudiantes. Se han tomado como referencia e incluido en el siguiente apartado los estresantes que comúnmente han sido identificados, desde la revisión de Robotham (2008).

Como antecedente, antes de citar los principales estresores en el entorno académico, es conveniente reseñar dos aspectos relevantes: 1) el esfuerzo por cumplir

con los plazos de evaluación como fuente principal de estrés para una gran mayoría de estudiantes (Misra et al., 2000) y el sentimiento de carga de trabajo; y 2) el miedo al fracaso. Schafer (1996) describe y diferencia el miedo al fracaso como: "perfectamente natural e incluso motivador, aunque, a veces, el miedo al fracaso se vuelve tan extremo que crea angustia emocional". Por otro lado, los problemas de gestión del tiempo también son factores estresantes, aunque no es directamente la gestión del tiempo sino la percepción de control que tienen los estudiantes sobre su tiempo. Este hecho ha sido apoyado por Macan et al., (1990) quienes encontraron que las personas que sentían mayor control de su tiempo experimentaban menor tensión. También son influyentes los factores familiares como la negligencia, no tener apoyo, el abuso o maltrato, la alta responsabilidad familiar, las altas expectativas en el desempeño académico o en otro tipo de contexto.

Respecto al contexto, podemos agruparlos en tres tipos de situaciones estresantes:

1. *Estresores relacionados con los exámenes*: Para muchos estudiantes, la fuente más importante de estrés son los exámenes (Abouserie, 1994). El estrés asociado con los exámenes puede ocasionar una variedad de problemas en algunos estudiantes, como náuseas, cambios en los patrones de alimentación, falta de sueño, concentración, problemas intestinales, etc. También, este autor descubrió que la mayoría de los estudiantes experimentaron una reducción en el estrés una vez que comenzaron su primer examen. Esto implica que la anticipación a hacer un examen es lo que causa la mayor parte del estrés en lugar del examen *per se*.

2. *Estresores relacionados con la transición a la universidad*: La transición a la universidad es estresante para muchos estudiantes, especialmente si esto implica abandonar el hogar (Fisher, 1994). La necesidad de asumir nuevas responsabilidades, aumentar la carga de trabajo y tener mayor presión del tiempo, junto con tener un buen rendimiento académico para lograr escoger los estudios más apropiados para cada individuo, produce un incremento en el estrés. Con todo esto, algunos estudiantes tendrán que mudarse fuera de casa por primera vez y deberán adaptarse a un nuevo entorno social, además de mantener un óptimo rendimiento académico. El estrés se puede acentuar en aquellos estudiantes en el extranjero, que carecen de las habilidades lingüísticas necesarias para permitirles estudiar de manera competente en un idioma diferente al suyo.

3. *Estresores relacionados con problemas financieros*: Un factor estresante importante para los estudiantes es vivir con recursos financieros limitados. Aunque el estrés de la incertidumbre financiera puede ser temporal, puede tener un impacto negativo en las personas (Schafer, 1996). Además, existe una relación significativa entre los problemas financieros y la salud mental.

Los problemas de salud mental pueden tener también una repercusión e influencia en la calidad de vida de los estudiantes, además de tener un impacto negativo en el rendimiento académico, participación escolar, abandono, tasa de graduación, etc. Los estudiantes indicaron que el estrés (42.2%), la ansiedad (32.5%), las dificultades para dormir (28.4%) y la depresión (20.9%) se encuentran entre los principales factores que afectan a la salud psicológica, el aprendizaje y el rendimiento académico (*American College Health Association*, 2016). Los estudiantes con problemas de salud mental tienen calificaciones más bajas y tasas de abandono más altas que aquellos que no sufren tales problemas (Byrd y McKinney, 2012). Román, Ortiz y Hernández (2008) han planteado que los niveles elevados de estrés académico alteran el sistema de respuestas a nivel cognitivo, fisiológico y motor, produciendo así un desequilibrio y alteración de los niveles de respuesta del organismo que influye de manera negativa, como se ha señalado anteriormente por otros autores en las calificaciones de los alumnos ante los exámenes, abandono escolar, no presentarse a los exámenes, etc.

Otras de las consecuencias de niveles altos de estrés, son la irritabilidad, nerviosismo, depresión, ansiedad, insomnio, hipertensión, úlceras, asma (Caldera, Pulido y Martínez, 2007). Todo ello afecta de manera perjudicial a la salud de los estudiantes, además del rendimiento. Estos autores definen el estrés por las demandas que impone el entorno educativo. De nuevo tenemos la noción previamente expuesta en el apartado de estrés laboral, entre una demanda y la carencia de habilidades para hacer frente a dicha demanda.

Las respuestas emocionales como (miedo, ansiedad, preocupación, culpa, dolor o depresión), reacciones cognitivas (es decir, su evaluación de situaciones y estrategias estresantes), comportamiento (llanto, fumar y irritabilidad) y fisiológicos (sudor, temblor, tartamudeo, dolores de cabeza, pérdida o ganancia de peso, dolores corporales) serían las principales características del estrés en estudiantes (Misra, McKean, West, y Russo, 2000). En los jóvenes, los indicadores comunes de ansiedad incluyen la evitación de la situación, el déficit de habilidades, así como el comportamiento de indefensión y el llanto. Las respuestas cognitivas, como la preocupación excesiva, las

bajas estimaciones de la competencia para sobrellevar la situación y las percepciones de amenaza más intensas, también se recogen entre los jóvenes, al igual que los cambios somáticos, como palpitations, dolor abdominal, náuseas y mareos (Greco y Blackledge, 2005).

Asimismo, los estudiantes que informaron altos niveles de estrés estaban menos satisfechos con su salud en general, incluido su peso y nivel de condición física. Esto indica que los estudiantes que experimentan altos niveles de estrés también experimentan insatisfacción con los factores de la vida que contribuyen a la autoestima. Aunque Abouserie (1994) sostiene que puede ser posible aumentar la capacidad de un individuo para sobrellevar el estrés.

Finalmente, es relevante subrayar que el ambiente escolar es solo uno de los muchos ambientes donde se desarrolla el ser humano. Quizás es uno de los más influyentes debido a la repercusión que tiene en el aprendizaje y la etapa tan sensible que simboliza, además de pasar una gran parte del tiempo en este entorno. La familia, la comunidad y el ambiente más cercano también tienen una gran influencia en la salud de los estudiantes. Es por ello que no solo se han de diseñar pautas efectivas en el ambiente académico, sino más allá de las aulas con el propósito de extenderlo a la comunidad, y crear entornos que permitan el reforzamiento diferencial de comportamientos más funcionales o adaptativos que promuevan la salud.

La labor formativa para promover y normalizar el malestar psicológico es crucial, debido a que al menos uno de cada diez estudiantes necesita ayuda profesional para reducir los niveles de estrés (Abouserie, 1994). Sin embargo, pocos estudiantes lo saben reconocer e identificar, por lo que sufren en silencio, lo que agrava el impacto y cronicidad de esta condición. El trabajo de los profesionales de la salud puede ir encaminada a concienciar la sociedad, en especial a aquellas poblaciones que son más sensibles de verse afectadas en un futuro. Este grupo ha podido desarrollarse en unas contingencias que facilitan el desarrollo de condiciones problemáticas. En determinadas ocasiones no se pueden controlar los condicionantes o las historias individuales que conducen a repertorios disfuncionales con el paso de los años. Una gran parte de la población todavía no pide ayuda ante la presencia de malestar psicológico. En parte, la sociedad debe de tener el papel de normalizar la salud mental, la sociedad se forma por individuos que toman acciones, por lo que es nuestra tarea acercar la Psicología como ciencia a toda la sociedad. Queda camino por recorrer, como el de instaurar programas en las aulas para normalizar el malestar psicológico y acercar el entrenamiento en

habilidades para gestionar las dificultades de la vida con la propuesta de despsicopatologizar el dolor humano.

2. El sufrimiento humano

2.1. El sufrimiento humano y el dolor como parte inevitable de vivir

El sufrimiento humano es cada vez más ubicuo (Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001) y como se señalaba anteriormente sobre la prevalencia de los problemas psicológicos, cada vez son más numerosos. El ser humano contemporáneo no es feliz cubriendo sus necesidades básicas como antaño. Actualmente en el mundo desarrollado el ser humano quiere alejarse del dolor y acercarse al placer de manera hedonista. En el sentido budista esto se denomina *ignorancia*, pues entienden que el sufrimiento es inevitable y forma parte de la misma dimensión. También para los Aztecas, vivir una buena vida y ser feliz no son conceptos relacionados, pues entienden que el ser humano es propenso al error y vivir conlleva dolor. Placer y dolor van inseparablemente unidos y es considerado como un par dialéctico o las dos caras de una misma moneda (Luciano y Valdivia, 2006), formando parte de un continuo indivisible. Además, está en consonancia con la máxima de la *impermanencia*: nada perdura y todo está en continuo cambio, el dolor y el placer también. Si estamos muy contentos con el trabajo que tenemos, habrá épocas en las que no, porque nada se mantiene estable en la naturaleza. El mero hecho de ser verbal y poseer la herramienta del lenguaje nos permite derivar funciones aversivas al futuro o al pasado, lo que complica y añade sufrimiento en el presente. El ser humano una vez cubiertas sus necesidades básicas, se sitúa en una búsqueda de otros objetivos: autorrealización, el ascenso laboral, búsqueda de la familia o pareja perfecta, comer sano, productos ecológicos, hacer deporte, ir de vacaciones a lugares de ensueño, tener amistades profundas, intentar no estar solo, no aburrirse, etc. Esto conduce a psicologizar y a psicopatologizar diversas cuestiones del día a día y se convierte en imperativo moral llevar este estilo de vida descrito (Cederström y Spicer, 2015). Nuestros antepasados, buscaban llegar a fin de mes y que sus hijos no fallecieran de un resfriado, eso simplificaba las cosas y sin duda no existía la nomofobia o la ansiedad a salir de casa sin el *smartphone*. Pero actualmente, donde tenemos alcance a casi todo en esta era consumista y globalizada, queremos más. Es esa búsqueda

incesante una de las variables que convierte el dolor (consustancial a la naturaleza humana) en patológico y en algo que el ser humano tiene que eludir a toda costa y de cualquier manera. España es de los países más medicalizados del mundo, con un umbral de tolerancia al malestar cada vez más bajo. Las compañías farmacéuticas se lucran con las personas, medicando cualquier tipo de condición o dolor, que es un producto del vivir (Frances, 2015). El ser humano es cada vez menos “resiliente” al querer resultados inmediatos, a corto plazo, porque un dolor de cabeza tiene que suprimirse en cuanto aparezca. Esto crea una espiral y un empobrecimiento del umbral de tolerancia al malestar, donde existe la máxima “para vivir bien, tengo que sentirme bien o no tener malestar”. Para conseguir esto a cualquier precio, empieza el peregrinaje del ser humano hacia lo que se conoce como *evitación experiencial*.

Retomando el apartado del lenguaje, como nuestro bien más poderoso al permitir evolucionar a la especie y resolver los problemas del entorno, pero también es el elemento central que se sitúa en las raíces de la infelicidad humana. Como han señalado Hayes, Stroschal y Wilson (1999) el lenguaje sería el inicio o causa del sufrimiento. El lenguaje sería el contexto en el que se concibe e interpreta ese dolor, y el que trae a la actualidad elementos y eventos pasados que han causado sufrimiento, por lo que a través del lenguaje el individuo sigue sufriendo esas situaciones como si estuviesen presentes, de manera metafórica o simbólica. Esta concepción además es acorde con la cultura occidental, el modelo biomédico y las demás aproximaciones psicológicas que apuntan a que el sufrimiento es algo no-deseable, algo anormal, incluso se elaboran categorías diagnósticas para su tratamiento en dirección a la “normalidad”. Es entonces, cuando el ser humano concibe la felicidad como “ausencia de dolor”, da comienzo a la lucha por sentirse bien a toda costa y a intentar controlar el malestar o los pensamientos negativos con acciones encaminadas a su supresión. Pero los intentos de evitación aún refuerzan más la conducta, que se mantiene de manera crónica en una interacción continua y progresiva, automantenida, que impide al ser humano conseguir lo que quiere: no sentir dolor. Paradójicamente (y por los principios del aprendizaje) cuanto más se evita más se aumenta un problema.

2.2. La hiperreflexividad como condición psicopatológica

Si seguimos al pensamiento como un producto de la realidad en la que viven los humanos, cobra sentido otorgar un papel clave al lenguaje como producto de esta realidad, y el modo en que el ser humano se relaciona con esa herramienta, que la ha dotado la evolución, también es la clave del sufrimiento humano. Se considera la cognición desde la Psicología como una estrategia para sobrevivir frente a las presiones ambientales que la especie “homo” ha llegado a enfrentar (Pinker, 2000).

Pero la excesiva reflexividad no sería la causa de los denominados “trastornos mentales” que derivarían de los problemas de la vida cotidiana (discusiones, conflictos, pérdidas, frustraciones, decepciones, incertidumbres, catástrofes) como apuntan los autores Pérez-Álvarez (2008) y Szasz (2007) o las circunstancias de Ortega y Gasset. La reflexividad es paradójica, haciendo al ser humano autoconsciente, pero por otro lado tiene la capacidad de complicarla, haciendo a la persona demasiado consciente de sí misma. Como advierte Nietzsche, la conciencia de sí mismo entraña un peligro y una posible enfermedad. También lo declara el hombre del subsuelo de Fiódor Dostoievsky, considerado como prototipo del hombre psicológico moderno declarando como enfermedad el hecho de ser demasiado consciente de sí mismo. Otros ejemplos serían Kafka, Hemingway, Pessoa, entre otros artistas, filósofos y literatos que finalmente acabaron suicidándose, quizás por ser demasiado hiperreflexivos. Estos autores anticiparon lo que los psicólogos y psiquiatras actuales describen en la literatura clínica como problemas psicológicos o de salud mental. Esta reflexividad excesiva o hiperreflexiva, se reconoce en la psicopatología actual a través de diversos conceptos, con el más común de “rumiación”. El término hiperreflexividad tiene mayores implicaciones culturales y filosóficas, que ha hecho avanzar la civilización, los conocimientos y la transmisión entre generaciones de esos conocimientos, pero que también puede conllevar problemas psicológicos individuales (Pérez-Álvarez, 2008).

El raciocinio por tanto es una facultad distintiva del ser humano y como tal es una herramienta que ofrece muchas recompensas (ser eficaz en el trabajo, planificar vacaciones, creación de tecnología, vacunas, ciencia, aviones, etc.), pero a su vez, aprender a pilotar el cerebro y no quedar atrapados o siendo esclavos de los pensamientos, es tarea ardua. Un término de moda “resiliencia” vendría a significar la capacidad de hacer frente a las dificultades, que se ha documentado en cómo personas que experimentan las mismas situaciones estresantes de la vida (rupturas, despidos,

pérdidas) no sufren por igual o quedan atrapadas en la rumia, varadas en la cama, sin poder dormir, con síntomas de ansiedad o signos de palpitaciones, etc. En cambio, otro grupo de personas aprende a vivir con ese evento desagradable vital. Por lo que la causa no estaría en el acontecimiento estresante en sí, ni por el mero hecho de ser verbal, sino por la manera en la que la persona se relaciona con esos eventos. Esto depende de una amplitud de variables, presentes en la historia de cada individuo, siempre diferente para cada uno, con interacciones que suponen diferencias que se van acumulando, creando pautas de conducta repetitivas, que, si se ven mantenidas en esos intentos de evitación continuada, se convertirán en problemas crónicos sin posibilidad de resolución. Si en el bagaje de vida, la persona adquiere herramientas para afrontar los cambios y las circunstancias cambiantes de la vida, entonces, aunque experimente dificultades, dispondrá de los recursos necesarios para seguir adelante, tendrá en su repertorio habilidades para afrontar problemas y resolverlos. Si, por el contrario, la persona no ha adquirido esas herramientas, y ha desarrollado otras condiciones como la hiperreflexividad, rumia, sin llegar a resolver nada con ello, entonces cualquier dificultad en su vida se convertirá en un problema y con mayor probabilidad en condición psicopatológica.

No obstante, la hiperreflexividad y las personas con mayor tendencia a este patrón rumiativo convierten más fácilmente los problemas cotidianos en depresiones (Nolen-Hocksema, 2004). Pero, por otro lado, también estaría la historia personal que ha configurado el repertorio para relacionarse con ese lenguaje o reflexividad excesiva. El remedio entendido como una forma de intervención o psicoterapia, se concentraría entonces en el lenguaje, ya que la historia o el pasado no se puede cambiar. Hacia atrás no se puede vivir, lo que ha pasado ya ha ocurrido y no tiene ninguna opción de cambio, pero sí es posible actuar en el presente, realizar acciones y otras formas de relacionarse con el lenguaje que permita actuar y encontrar soluciones a esos problemas. Si una persona ha sufrido abusos en la infancia, es algo que ya no tiene remedio, desgraciadamente ha pasado por esa experiencia y no se puede borrar, es ahora en el presente cuando esa persona tendrá que aprender estrategias para convivir con el trauma de esa experiencia, con el propósito de que no tenga influencia en su vida cotidiana.

La identificación con el pensamiento sería un proceso central en la génesis de la inflexibilidad y los problemas psicológicos (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Hayes, Follette y Linehan, 2004; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) y cómo el ser humano se relaciona con esta herramienta. Descentrarse del

pensamiento y centrarse en la vida o el distanciamiento del lenguaje, no rumiar, no darle vueltas, no pre-ocuparse, desenredamiento auto-reflexivo, defusión cognitiva, no engancharse, toma de perspectiva, no estar en coordinación con el contenido o más vulgarmente “no rayarse”; todos estos sinónimos, funcionalmente se pueden interpretar en la misma dirección, salir de la mente y actuar en la vida. Sobre el estado de la mente ordinaria el autor Ramiro Calle (2005), hace una captura precisa y descriptiva del lenguaje humano en la siguiente frase: *“El estado de la mente ordinaria engendra sufrimiento. La mente es conflictiva, voraz, insatisfecha. Su signo es el de la confusión. Es inestable, confusa. A menudo es víctima de sus propias contradicciones, su ofuscación, su avidez y su aversión. Está empeñada por la ignorancia, la división. Ha recreado durante años una enrarecida atmósfera de miedo, paranoia, hostilidad y egocentrismo. En ella arraigan venenos como el odio, los celos, la envidia y tantos otros. No es una mente bella. A veces hemos hecho de nuestra mente un verdadero estercolero. Limpiamos minuciosamente el cuerpo, pero tenemos la mente en el abandono. Una mente confusa genera confusión; una mente agresiva produce agresividad”* (Calle, 2005, pp. 27-28).

El autor por antonomasia que más ha desarrollado en nuestro país la tesis de la hiperreflexividad como condición patológica es Marino Pérez-Álvarez (2012) que enumera algunos ejemplos anecdóticos pero reveladores sobre las raíces de la psicopatología moderna. Este proceso consistiría en psicopatologizar estas circunstancias que forman parte del hecho de estar vivos y habitar en un contexto socio-verbal o una cultura que promueve acciones que son adaptativas para eliminar el sufrimiento a corto plazo, pero desadaptativas a largo plazo.

Para ejemplificar y poner de relieve el papel de la cultura y el rol que desempeña en los trastornos psicológicos documenta varios acontecimientos, como el de Luria en los años 20, que estudia una comunidad soviética analfabeta, tratando de estudiar sus procesos cognitivos, donde concluyó que aquel perfil de personas no podían desarrollar trastornos porque no tenían identidad del “Yo” o estructuras psicológicas que pudieran alterarse, o una experiencia de sí mismo en contraposición a las personas de la sociedad moderna que desarrollan “trastornos”. Otro ejemplo es el de los individuos de culturas orientales que tienden más a somatizar que rumiar, pero cuando nacen en los Estados Unidos, puntúan más alto en rumia que en trastornos somáticos, lo cual clarifica cómo la cultura juega un papel central en la influencia y desarrollo de problemas psicológicos. Otro estudio que se hizo sobre población universitaria, donde se midió el estilo

cognitivo, en aquellos cuya puntuación de rumia era mayor, tras el terremoto acontecido en USA, desarrollaron más trastornos como ansiedad o depresión que aquellos que puntuaban más bajo en rumia. Por lo que la rumia se sitúa como un factor que correlaciona altamente con problemas psicológicos (Nolen-Hocksema, 2004).

2.3. Las clasificaciones del sufrimiento humano

Para el estudio del sufrimiento humano, se han elaborado categorías clasificatorias intentando enmarcar los distintos tipos de sufrimientos, sus características y posibles causas. Así pues, el campo de la psicopatología ha visto innumerables sistemas de clasificación (Sprock y Blashfield, 1991). La clasificación sindrómica, se remonta a Hipócrates, Galeno y Wundt, por lo tanto, es tan antigua como la psicología científica (Eysenck, 1986). La teoría de los cuatro humores, iniciada por Hipócrates y desarrollada por Galeno, se estableció como teoría predominante hasta el siglo XVIII sobre el funcionamiento del organismo, donde existían una serie de humores descompensados y había que restablecer su equilibrio. Se consideraba que existía algo maligno dentro del cuerpo que debía de ser expulsado para alcanzar la homeostasis. Este desequilibrio era la causa de los “trastornos”. Esta tradición se perpetúa hasta la actualidad en el modelo biomédico imperante, aunque previamente tiene su impronta en la teoría de Emil Kraepelin que dio los primeros pasos hacia una clasificación moderna y sistemática (Kihlstrom, 2002). Sin embargo, él mismo reconoció los límites de una nosología basada en los síntomas en el siglo XIX, donde los criterios diagnósticos ignoraban el contexto (Wakefield y First, 2003). También, desde tiempos de Charcot y Freud, se documentaron casos como la histeria, donde incluso sin causas orgánicas podían emerger síntomas psicológicos, configurando el punto de partida para separar la psiquiatría de la psicología.

La clasificación sindrómica comienza con signos y síntomas para identificar estas entidades estructurales de la enfermedad que se presupone que da lugar a esta “enfermedad”. El objetivo final de la clasificación diagnóstica es el desarrollo de clases, dimensiones o categorías relacionales que puedan relacionarse empíricamente con las estrategias de intervención (Adams y Cassidy, 1993).

La distinción entre normal y anormal permanece todavía hoy día como fundamentalmente arbitraria. Para diversas enfermedades médicas como: cáncer,

neumonía o artritis, se da la condición o no. Sin embargo, una zona confusa y vagamente delimitada separa la condición normal de anormal (Kendell, 1975). La mayoría de los trastornos no ofrecen claras demarcaciones, y tales diagnósticos deberían basarse en dimensiones en lugar de categorías ya que las dimensiones no serían diagnósticos. El espectro de la comorbilidad entre los diferentes trastornos es bastante amplio y forman una dimensión casi uniforme entre diversos trastornos (Burmeister, McInni y Zöllner, 2008).

El predominio económico y político en los últimos años del *Manual Estadístico Diagnóstico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (por ejemplo: DSM-5; APA, 2013) ha desembocado en una adopción mundial de la clasificación sindrómica como estrategia analítica en psicopatología. El objetivo inmediato de la clasificación sindrómica es identificar el conjunto de signos y síntomas del individuo, con el propósito de que los síndromes puedan conducir a la identificación de trastornos con etiología conocida (Foulds, 1971). La doctrina psicopatológica no cuenta con evidencia científica, solo es una clasificación por consenso, y es una adaptación directa del modelo de diagnóstico médico para enfermedades físicas, por lo que cuenta con el apoyo del sistema imperante (biomédico) y constituye una ideología hegemónica, donde con cada nueva versión del manual se han ido incorporando mayor cantidad de trastornos, añadiendo otros nuevos, reagrupando los ya conocidos, y diluyendo los criterios de edad o gravedad para incluir cada vez más personas dentro de las distintas categorías psicopatológicas. De esta forma, los problemas cotidianos de la vida de las personas (p.ej., depresión posparto, o un episodio de agresividad o impulsividad en un momento dado) pasan a convertirse en problemas psicopatológicos, dignos de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y psicológico.

Deacon (2013) enumera una serie de falsas creencias del modelo biomédico con sus consiguientes hechos que desarticulan dichas creencias. Se enumeran las dos principales a continuación:

1. Los trastornos mentales son enfermedades del cerebro causadas por el desequilibrio de neurotransmisores, defectos estructurales en el cerebro o anomalías genéticas. *No se han encontrado causas ni marcadores biológicos para los “trastornos mentales”.*

2. Los psicofármacos reajustan el equilibrio de los neurotransmisores que están implicados en la enfermedad mental. *No existe evidencia de que los “trastornos” estén causados por un desequilibrio químico y tampoco existe evidencia que avale que*

los nuevos fármacos sean más eficaces que los descubiertos hace 50 años. Tampoco las nuevas tecnologías han encontrado marcadores biológicos (Pérez-Álvarez, 2011).

Tabla 1.1.- Comparación sobre la concepción de un “trastorno” entre la perspectiva transdiagnóstica y la perspectiva imperante taxonómica (González-Pando et al., 2018).

Perspectiva transdiagnóstica/ fenomenológica	Perspectiva taxonómica/ clínica dominante
Esquizofrenia como trastorno del yo (ipseidad)	Esquizofrenia como trastorno del cerebro
Hiperreflexividad, debilitamiento del yo como sujeto de la experiencia, pérdida de contacto vital con la realidad, alteración de la conciencia del mundo	Alteraciones neuroquímicas que subyacen a alucinaciones, delirios, etc.
Explorar, reconocer y validar las experiencias psicóticas, recuperar el sentido del yo y el contacto con la realidad	Identificar síntomas, diagnosticar, controlar síntomas
Construir narrativas entre profesional y paciente para dar sentido a lo que ocurre	Psicoeducación y adhesión al tratamiento farmacológico
Terapia con base en la persona centrada en la restauración del yo y la recuperación	Terapia con base en la medicación centrada en la remisión de síntomas
Perspectiva de primera y segunda persona, orientada a la comprensión de los síntomas	Perspectiva de tercera persona orientada a la explicación de los síntomas
Aceptación de la experiencia e inmersión en actividades valiosas	Contexto clínico tradicional, hablar de la enfermedad que sufre el paciente con el propio paciente
Contexto intersubjetivo “de tú a tú”, con apertura, comprensión y aceptación de las experiencias	Lucha contra los síntomas
Cuidados dirigidos a abordar la hiperreflexividad: fortalecimiento del yo a través de la escucha y aceptación de la experiencia desde una narrativa de recuperación	Cuidados convencionales orientados al manejo de síntomas positivos, negativos, etc., desde una narrativa de enfermedad

Por lo tanto, ha sido un error del proceso diagnóstico psicológico adaptar el paradigma biomédico a los problemas psicológicos, puesto que no se han encontrado causas orgánicas a los problemas psicológicos. Quizás el complejo de inferioridad de la psicología con las demás ciencias y en concreto con la medicina ha implicado adoptar ese paradigma orgánico de síntomas y enfermedades. El DSM y diversos modelos psicológicos arrastran esta tradición, donde existe un mal funcionamiento en el cerebro o un mal preexistente que tiene que eliminarse, mediante fármacos o mediante terapia. Asume, pues, los pensamientos o emociones como causas de la conducta y el objetivo terapéutico consistiría en alterar esa cognición o cambiar esas emociones. Se emula el modelo y paradigma médico, donde los síntomas son la causa del sufrimiento. No

obstante, las causas del sufrimiento psicológico y las variables que han configurado el “malestar” no se encuentran en el presente, sino en la historia del individuo. Si analizamos de manera molecular a las personas que presentan los “supuestos trastornos” no encontramos correlatos de ningún tipo, por lo que es un error atribuir que el cerebro se encuentra “enfermo”.

Uno de los mayores defensores clásicos acerca de que la enfermedad mental es un mito fue Szasz (1960), que adoptó una postura muy crítica con el modelo médico para comprender las dificultades y el sufrimiento humano. Consideró que los usos de los sistemas de clasificación diagnóstica (como el DSM) implicaban erróneamente la presencia de una enfermedad real. Además, consideraba erróneo medicalizar los dilemas y luchas de la vida humana. Szasz conceptualizaba los problemas psicológicos desde una filosofía contrapuesta a las enfermedades mentales, y los define como “problemas de la vida cotidiana” (Szasz, 2007).

2.4. Alternativa: una dimensión funcional de la psicopatología

El análisis funcional clásico ha intentado también un sistema de clasificación funcional (ver apartado de análisis funcional). Pero las dificultades como sistema de clasificación funcional surgen debido a la incapacidad de replicar este sistema clasificatorio general, puesto que se basa en funciones individuales de cada historia e idiosincrasia en particular, por lo que este sistema ideográfico no se puede generalizar (Hayes y Follete, 1992). Existen algunos sistemas que se han elaborado para evaluar de manera ideográfica los cambios, por ejemplo, con el sistema FIAT (Callaghan, 2006).

Desde un enfoque funcional, las características topográficas (formales) del comportamiento no serían la base para una clasificación, sino que sería por el contrario aquel conjunto de comportamientos organizados por los procesos funcionales que se cree que los produjeron y mantuvieron. Bajo esta dimensión funcional y contextual a la hora de entender e intervenir la psicopatología, las variables que han configurado el problema se encontrarían en la historia del individuo, es decir, en el pasado. Es en el presente donde converge la historia en lo que denominamos “Yo”, el conjunto de repertorios que el individuo ha adquirido por su historia y vivencias personales. Desde la perspectiva contextual funcional, trataría de encontrar las variables del contexto

implicadas en mantener el problema. Desde el análisis experimental del comportamiento se consideraría también cómo la persona se relaciona con sus eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, sentimientos). En lugar de buscar la causa en su pasado, o alterar los síntomas actuales, el foco se pone en enseñar a la persona a que se relacione de una manera no limitante con su lenguaje y eventos privados, y trate de tomar direcciones futuras hacia un horizonte de posibilidades con un sentido vital.

2.4.1. La evitación experiencial como alternativa funcional

Las dimensiones de diagnóstico funcional se sugieren como una forma de desarrollar el enfoque de clasificación funcional, y la *evitación experiencial* se describe como una de estas dimensiones. Desde un análisis funcional sobre el origen y mantenimiento de muchos problemas psicológicos, la evitación experiencial explicaría todos aquellos problemas donde el individuo no parece dispuesto a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ejemplo, sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos), y que de manera deliberada trata de suprimir, evitar, alterar, cambiar la forma y la ocurrencia de esos eventos privados, así como el contexto que los ocasionan (Friman, Hayes y Wilson, 1998; Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989; Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Hayes et al., 1999; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

La evitación experiencial ha sido reconocida, implícita o explícitamente, en la mayoría de los sistemas de terapia. Autores como Foa, Steketee y Young (1984) han señalado que "el fenómeno general de la evitación emocional es una ocurrencia común; los eventos desagradables se ignoran, se distorsionan o se olvidan". Freud reconoció la importancia de evitar las experiencias privadas y definió el propósito mismo del psicoanálisis como destapar las represiones y hacer consciente lo inconsciente que se ha ocultado por ser doloroso (Freud, 1966). En la terapia centrada en el cliente, la "apertura a la experiencia" es un objetivo terapéutico central (Raskin y Rogers, 1989). Rogers argumentó que, como resultado de su terapia, el individuo se vuelve más abiertamente consciente de sus propios sentimientos y actitudes. De manera similar, según los terapeutas de la corriente Gestalt, el corazón de muchos problemas psicológicos sería evitar los sentimientos dolorosos o el miedo a las emociones no deseadas (Perls,

Hefferline y Goodman, 1951). Los psicólogos existenciales están de acuerdo con la centralidad de la evitación experiencial, aunque su foco se concentra particularmente en evitar el miedo a la muerte. Para hacer frente a estos temores, según el existencialismo, el ser humano construye defensas y negaciones contra la conciencia de la muerte que dan lugar a síndromes clínicos. En otras palabras, la psicopatología sería el resultado de modos ineficaces de trascendencia de la muerte (Yalom, 1980).

De forma algo diferente a las concepciones psicológicas anteriores, la terapia cognitiva-conductual y conductual generalmente se han centrado en cambiar las experiencias privadas, también se han centrado en eliminar los problemas y quejas del cliente, en disminuir la ansiedad, disminuir la tristeza o cambiar los pensamientos aversivos por otros más agradables. La terapia conductual tradicional combatió la ansiedad con la relajación, mientras que la terapia cognitivo-conductual desafió las creencias irracionales con otras más racionales. Esencialmente, las terapias han sido una forma de incrementar y cronificar la evitación experiencial, de hecho, constituyen formas más sofisticadas de esa evitación, y los terapeutas han acentuado la evitación como forma de disminuir o eliminar los problemas psicológicos. Sin embargo, incluso dentro de estos dominios, la evitación experiencial y otras formas de evitación han sido reconocidas como problema, y tal reconocimiento parece estar aumentando dentro de las distintas concepciones cognitivas y conductuales. También se ha evidenciado que el control o el cambio de pensamientos, sentimientos y sensaciones, de hecho, puede aumentar la frecuencia e intensidad de estos (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004).

La evitación experiencial, como una dimensión diagnóstica funcional, tiene el potencial de integrar los esfuerzos y hallazgos de los investigadores de una amplia variedad de paradigmas teóricos, intereses de investigación y dominios clínicos, por ello ha conducido a nuevos enfoques comprobables para el análisis y tratamiento de los trastornos del comportamiento. Las dimensiones diagnósticas funcionales no son trastornos tradicionales definidos por su forma o características, ni son teorías etiológicas sobre el origen de esos problemas, son procesos dimensionales comunes a varios problemas psicológicos. En lugar de categorías de todo o nada, sugieren procesos psicológicos relevantes comunes, y que a su vez pueden vincularse fácilmente con un tratamiento común que pueda abordar distintos tipos de problemas psicológicos, aunque tengan formas aparentemente diferentes (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996).

La evitación experiencial (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002) se ha posicionado actualmente como dimensión diagnóstica funcional. También se conoce como *augmenting ineficaz*, pero actualmente el término inflexibilidad sería más acorde y más inclusivo (Luciano, 2016). De manera clásica se ha definido como un patrón inflexible de no querer establecer contacto con experiencias privadas (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos, sentimientos) y ejecutar acciones para alterar la forma o frecuencia de estos eventos. Este patrón inflexible desde una visión funcional estaría vinculado a múltiples ejemplos en los que el individuo actúa de manera ciega o en coordinación con los eventos privados, lo que impide discriminar la diferencia entre “Yo” y mis pensamientos/emociones, que derivan de la historia personal. Este patrón limita a la persona para estar abierta a las demás funciones que tengan un significado trascendente o vital para la persona.

La evitación experiencial es explicada por la Teoría del Marco Relacional (*Relational Frame Theory*, Hayes et al., 2001), que entiende el lenguaje como la derivación de las relaciones entre eventos bajo control, al menos en parte, de claves arbitrarias de estímulos verbales y no-verbales. Los estudios experimentales en este campo han demostrado que las funciones de estímulo pueden transformar las funciones de otros estímulos en un marco relacional basado en relaciones derivadas entre ellas (Sidman, 2009). Como tal, los humanos a menudo intentan evitar pensar en estímulos desagradables del mismo modo que lo evitarían si lo tuvieran delante; por ejemplo, no solo evitan encontrarse con una araña, sino también evitan pensar en una araña.

2.4.2 La evitación experiencial como condición inherente al sufrimiento humano

Parece que la preocupación por la evitación experiencial es ubicua en todos los sistemas psicoterapéuticos. La evitación experiencial se ha documentado en diferentes teorías de la psicopatología humana como se ha expuesto en líneas anteriores y es un aspecto del funcionamiento humano. Desde la perspectiva del contextualismo funcional (Biglan y Hayes, 2015) existen varios factores que contribuyen a su emergencia: (a) la naturaleza bidireccional del lenguaje humano, (b) la generalización inadecuada de las reglas de control, (c) el apoyo cultural a las emociones y las cogniciones como causas de comportamiento, (d) además de las variables contextuales y sociales que promueven

estilos desadaptativos y de evitación experiencial (sobremedicalización, patologización de la vida cotidiana, modelado, etc.). De hecho, en el contexto cultural actual parece existir un imperativo moral (Cederström y Spicer, 2015) de tener que comer de manera ecológica, hacer deporte, practicar yoga o hacer *mindfulness*. Hay un auge de la “búsqueda de la felicidad”, de los libros de autoayuda, de un optimismo subjetivista, de “psicología positiva” o incluso marcas multinacionales “*Mr Wonderful*” que impregna el día a día con ese halo de positivismo. Aunque topográficamente parezca sensato, o sea coherente con el sistema de creencias del ser humano “hay que pensar positivo” funcionalmente puede estar encubriendo otra evitación experiencial, una forma de escapar de la realidad, del sufrimiento y las situaciones estresantes que realmente se viven en el día a día. Más que afrontar las causas de esas situaciones y de ese malestar, se promueve la evitación, escapar del sufrimiento, sea con intervenciones psicológicas o con tratamientos farmacológicos. Sería un camino hacia una sociedad vacía y superficial, que no acepta la realidad de la vida que incluye el sufrimiento también.

En definitiva, el ser humano ha aprendido a suprimir los eventos negativos y a evitar. Está incorporado en el lenguaje y el reforzamiento negativo es un componente básico del aprendizaje de muchas conductas. Al igual que se puede huir de un estímulo externo *a priori* desagradable, también se huye del contenido y las emociones privadas desagradables. A corto plazo, estas estrategias han permitido evolucionar, escapar y evitar situaciones peligrosas; pero a largo plazo y con la emergencia de comportamientos mucho más complejos como el lenguaje, se hace imposible huir ahora del pensamiento y del lenguaje privado, que acompaña a los seres vivos a todas partes. La evitación experiencial se convierte en destructiva a largo plazo, al mantenerse por reforzamiento negativo, e incrementarse de manera crónica. De esta forma, al no estar en contacto con los pensamientos y emociones, que resultan desagradables, la persona abandona realizar acciones valiosas en el día a día.

Sin embargo, siempre hay que tener en cuenta el contexto de las contingencias, y también la flexibilidad psicológica implica que en diversas ocasiones quizás el escape o la evitación son las estrategias más convenientes, es mejor el reforzamiento negativo, que afrontar un peligro o una bronca del jefe. Pero, se convierte en un repertorio inflexible y perjudicial, cuando evitar es la única estrategia que utiliza la persona. Su vida diaria se convierte en una evitación continuada, pero los eventos privados no se pueden eliminar, nos acompañan en todo momento y situación, se convierten en un contexto que determina el resto del comportamiento evitativo, Entra así en un

comportamiento repetitivo de hiperreflexividad, obsesivo, rumiativo, como hemos mencionado anteriormente, y no está en contacto con las contingencias del momento presente por lo que se impiden crear repertorios nuevos. La persona a la larga se encontraría más lejos de la vida que quiere y pierde el sentido de su vida, pues se encuentra constantemente evitando algo inevitable: Tener malestar.

2.4.3. La inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial

Desde el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso y desde la Teoría del Marco Relacional (Hayes et al., 2013) se ha presentado también una alternativa explicativa de muchos problemas psicológicos, que tendrían como base no solo esa evitación experiencial, sino también un conjunto de patrones que se denominan “inflexibilidad psicológica”, y que otros autores han considerado como un proceso psicológico común en las culturas europeas (Monestés et al., 2016).

Los conceptos que agrupan este modelo incluyen varios tipos de comportamientos cognitivos persistentes del individuo, que le impiden actuar en el mundo real donde tienen los problemas y que le mantienen en una constante situación de evitación de eventos privados que le inhabilita para otras acciones valiosas. De esta forma, los autores proponen un modelo de seis factores interdependientes que caracterizarían al individuo, en mayor o menor medida en cada uno de ellos, y que puede materializarse gráficamente en un esquema denominado “hexaflex”, que viene determinado a su vez por las puntuaciones en cada uno de esos conceptos en los diversos cuestionarios creados al efecto para su medición:

1. *Evitación experiencial.* Comportamientos continuados de evitación y escape de eventos privados, tales como sentimientos, recuerdos, sensaciones, etc., que sin embargo se ven reforzados negativamente y continúan de manera crónica perturbando al individuo. En muchas ocasiones, esa evitación experiencial aparecerá como comportamientos clínicos en forma de obsesiones, rituales, compulsiones, ataques de ansiedad, insomnio, abuso de sustancias, etc. Todas esas conductas tendrían la misma funcionalidad evitativa.
2. *Inacción y persistencia en la evitación.* Suponen comportamientos de pasividad, de bloqueo ante una situación aversiva que se está evitando continuamente. El individuo se ve incapaz de tomar decisiones, realizar acciones claras o

plantearse objetivos para conseguir en su vida. De esta forma, el individuo está inmerso en una hiperreflexividad continuada, pendiente siempre de sus problemas, sin pasar a la acción, y entorpeciendo las actividades de su vida diaria, familiar o laboral.

3. *Fusión cognitiva.* Proceso de control de los eventos privados con la misma funcionalidad que los eventos públicos. De esta forma, el individuo responde al lenguaje (recuerdos, palabras) con las mismas emociones que si de los eventos reales se tratase. Se afirma que el individuo está fusionado con sus recuerdos, sus historias pasadas, su lenguaje, etc., de forma que responde a este como si de los mismos hechos actuales se tratase, y de esta forma se emociona, se deprime o se angustia ante el solo hecho de pensar o recordar esos acontecimientos.
4. *Pérdida de claridad en los valores.* Son siempre formas de evitación. Ante una situación de inflexibilidad, el individuo no tiene unos valores claros (reglas verbales para dirigir su propia conducta) sobre su vida. Lo único evidente es que quiere evitar, quitarse de encima esos recuerdos o emociones. No tiene un plan de acción para su vida, ni es el mismo quien dirige su vida, que está gobernada fundamentalmente por esa función evitativa en la mayoría de sus actos.
5. *Dominancia del pasado y miedo al futuro.* Supone un patrón donde predominan los recuerdos y la historia del individuo. Ese patrón hiperreflexivo produce un tipo de conversación e interacciones con otras personas, en las que predominan los temas del pasado, lo que ya ha ocurrido, lo que le ha hecho desgraciado; y al mismo tiempo, un miedo al futuro, anticipando posibles ataques de pánico o peligros en las situaciones a las que ha de enfrentarse. La cuestión fundamental es que el contexto verbal en el que vive el individuo le impiden estar presente en el aquí-ahora de la situación real que está viviendo. No está centrado en su vida, sino en lo que ya pasó o en lo que piensa que pueda pasar.
6. *Apego a un yo conceptualizado.* En esta teoría, la concepción del yo se fundamenta de manera verbal, se forma a partir de la historia de lenguaje y de vivencias del individuo, como un lugar de referencia desde el que se centra su vida, construido a través de relaciones sociales y verbales deícticas yo-otros. En ese aprendizaje social del yo, permanece un concepto individualista, centrado en uno mismo, en sus propios problemas y pensamientos, sin estar abierto a otras interacciones sociales más directas, lo que le impide aprender de la experiencia y avanzar en su desarrollo como persona.

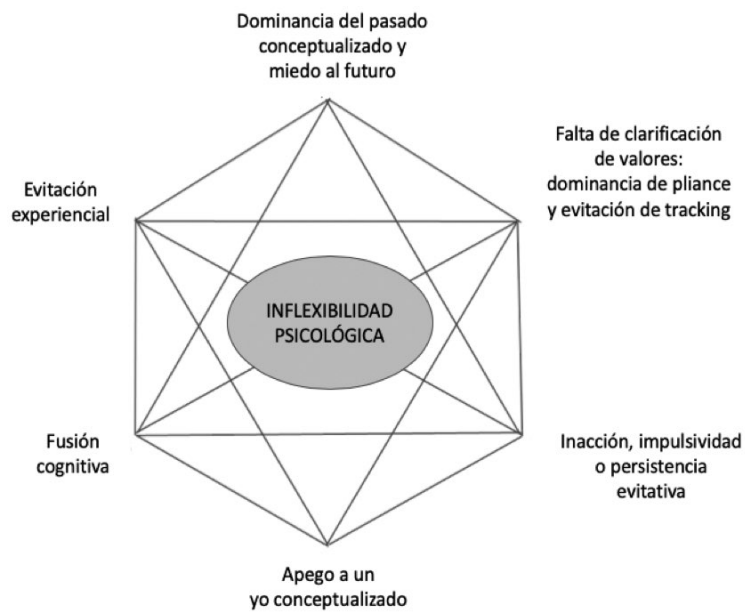


Figura 1.2.- Modelo psicopatológico desde el “hexaflex” de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes et al., 2008).

Con esta base, la Terapia de Aceptación y Compromiso tratará de contraponer durante el proceso terapéutico otros seis conceptos o patrones de conducta contrarios a ese “hexaflex” inicial. De esta forma, como se explicará después, el proceso terapéutico incidirá en “flexibilizar su repertorio”. También la flexibilidad incluye aprender a aceptar que a veces hay que evitar. Aceptar que no puede aceptar algo o a darse cuenta de que no está aceptando algo, como proceso natural y dar pasos hacia la aceptación. La terapia trata de crear patrones que busquen la aceptación en vez de la evitación, buscar la defusión entre pensamientos y emociones sobre los mismos estímulos, que se creen valores claros que lleven al individuo hacia la acción efectiva, donde haya una planificación de futuro y unos valores importantes para el individuo que le permitan seguir sus propios propósitos vitales.

2.5. Contextualismo funcional

El contextualismo funcional es una variante de la tradición filosófica del pragmatismo o contextualismo (Hayes, Hayes, Reese, Sarbin, 1993). El desarrollo de la filosofía del pragmatismo es generalmente atribuido a Charles Peirce, William James, Oliver Wendell Holmes y John Dewey. En psicología, el contextualismo funcional se ha desarrollado explícitamente como una filosofía de la ciencia (Gifford y Hayes, 1999).

Los contextualistas funcionales buscan predecir e influir en los eventos empleando conceptos y reglas con base empírica (Biglan y Hayes, 1996). Este enfoque se encuentra adherido al principio de verdad, extremadamente práctico donde se usan esas reglas y principios para predecir e influir en los eventos. La estrategia más efectiva para identificar las variables que predicen e influyen en el comportamiento es la experimentación controlada. Los eventos en el contexto del comportamiento se manipulan de manera sistemática y se observan los efectos resultantes en la aparición del comportamiento (Biglan, 1995). Esta orientación permite a los investigadores aislar qué características del contexto están relacionadas funcionalmente con los cambios los eventos psicológicos. El contextualismo funcional aboga por las técnicas experimentales y fomentan el uso de un conjunto diverso de metodologías, siempre que el valor se mida en función de objetivos pragmáticos (Biglan y Hayes, 1996). Los principios que no contribuyen a la mejoría de los objetivos prácticos son rechazados.

El predecesor del pragmatismo y la influencia más importante del contextualismo funcional fue el trabajo de B. F. Skinner (Zettle, Barnes-Holmes, Hayes, y Biglan, 2016). Como ejemplos del pensamiento pragmático de Skinner lo podemos encontrar en sus afirmaciones sobre la ciencia como un conjunto de reglas para la acción efectiva (Skinner, 1957, pp. 235), con respecto al conocimiento científico Skinner dijo que “Hay un sentido especial en el que podría ser cierto si produce la acción más efectiva posible” (Skinner, 1974, pp. 235). La pragmática naturaleza de Skinner se ilustra en la manera en la que desarrolla el concepto de operante. Una operante es definida en términos de una clase de respuestas que podrían mostrarse relacionadas de manera consistente con una clase de estímulos y una clase de consecuencias. Por ejemplo, un trabajador que acude a su puesto cada día como función de sentirse buen padre, puede ser tratado como una operante.

La psicología contextual es un concepto que se deriva de forma más amplia de la Ciencia Conductual Contextual (*Contextual Behavioral Science*, CBS) y puede ser

entendida como un árbol con distintas ramas (Luciano, 2016). La filosofía de base del enfoque contextual es el contextualismo funcional. Esta filosofía de ciencia considera la conducta en un contexto y no de manera aislada o fragmentada, por lo que se enfatiza en la función de los eventos en un contexto y las propiedades que llegan a adquirir. De manera similar, para un contextualista, un acto fuera de su contexto no es un acto, hablando categóricamente: "No es un acto concebido como solo o cortado lo que queremos decir; es un acto en y con su entorno" (Pepper, 1942). Bajo este paradigma el organismo se encuentra en constante interacción con el medio ambiente y se buscan las raíces y determinantes de la conducta, para que el comportamiento pueda ser modificado a largo plazo. Por lo que el contextualismo funcional estaría implicado en la comprensión, predicción e influencia del comportamiento humano con precisión, alcance y profundidad. El objetivo del contextualismo es el criterio de verdad, es decir, si ha ayudado a alcanzar la meta que sería (predecir e influir con precisión) y el trabajo ha sido exitoso.

Luciano (2016) utiliza la metáfora del árbol para describir en qué consiste esa Ciencia Conductual Contextual. Las raíces de un árbol serían la filosofía subyacente para poder crecer, que es el *contextualismo funcional*. Este considera la conducta de las personas en su contexto y la función que cumple en este contexto. El objetivo es poder predecir e influir el comportamiento humano de manera efectiva. El ser humano es concebido como un todo que está en constante interacción con el contexto y además tiene un repertorio único basado en una historia personal e intransferible de cada organismo. En contraposición estaría el *mecanicismo*, que trata la mente como si fuera una máquina con piezas separadas (cognitivo-conductual) donde la cognición o los pensamientos son el problema y hay que cambiar esos pensamientos, asumiendo el modelo biomédico de eliminación de síntomas.

El tronco del árbol sería el conocimiento sobre la conducta humana que se fortalece con los hallazgos que se obtienen de la investigación, que permiten conocer de forma más precisa las leyes que gobiernan y rigen la conducta humana. Ese tronco sería el *análisis del comportamiento*. Se conoce de dónde viene la conducta humana (pensamientos, emociones, reacciones) y cómo varía en función de la historia y el contexto. En parte este conocimiento, proviene de la experimentación sobre relaciones estimulares, aprendizaje relacional, y la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT, Hayes et al., 2008). Las investigaciones que se realizan con ensayos clínicos aleatorizados son útiles para evaluar la generalización de las relaciones entre las variables contextuales y

el comportamiento. Las metodologías cualitativas también tienen su uso en el contextualismo funcional, pero no son tan efectivas como los procedimientos experimentales para probar la influencia de las variables ambientales en el comportamiento o para verificar la utilidad general de los principios. Serían estos principios y teorías concretas las que pueden ser probadas empíricamente, no la filosofía subyacente (que serían sus raíces).

Las ramas serían las aplicaciones, que son muy diversas, y se ha transmitido de manera flexible y eficaz, como por ejemplo en el ámbito de la clínica y de la salud. La filosofía contextual se centra en la predicción e influencia de los eventos (contextualismo funcional), una ciencia que aplica esa filosofía a los fenómenos psicológicos (análisis del comportamiento) y algunas teorías basadas en esta filosofía y ciencia (teoría de los marcos relacionales, terapias contextuales), en el ámbito clínico, organizacional, educativo, deportivo, etc. Los pájaros, serían las personas que se posan en los árboles con diferentes objetivos y luego pueden seguir volando o posarse en otros árboles. La psicología contextual ofrece diferentes aplicaciones a profesionales de cualquier disciplina, dada su flexibilidad y diversidad en sus aplicaciones.

Desde el punto de vista del contextualismo funcional, ningún pensamiento, sentimiento o recuerdo es inherentemente problemático, disfuncional o patológico, todo depende del contexto. Por ejemplo, un contexto que potencie la inflexibilidad, o bien no querer establecer contacto con los eventos privados, y no generar repertorios nuevos basados en las contingencias en vez de basarse en reglas verbales aprendidas y derivadas en la historia. En este caso, estos eventos podrían funcionar de manera disfuncional limitando la vida de la persona en cuestión. Cambiando el contexto y permitiendo establecer contacto con dichos eventos mediante la aceptación de los pensamientos, sentimientos y recuerdos, tendrían mucho menos impacto e influencia sobre el ser humano, por lo que se establecerían repertorios más funcionales o flexibles y no limitantes (Harris, 2009). Asimismo, para cambiar o influenciar el comportamiento de una persona, se deben buscar variables que se puedan manipular en el entorno, ya que la persona estaría inmersa en ese contexto.

En resumen, el objetivo de esta ciencia contextual es que las personas puedan dirigir su vida hacia un horizonte de posibilidades y que puedan estar satisfechos con la vida que han elegido, en cualquier contexto. El impacto pragmático en la sociedad, desde un marco contextual funcional centrado en la predicción y la influencia del comportamiento parece ser particularmente útil, pues concibe la sociedad como un

sistema con partes interdependientes (familia, economía, sociedad) que trabajan juntas para producir una estabilidad. Esto se denomina funcionalismo, donde cada una de estas partes tiene unas consecuencias o funciones positivas/negativas para la sociedad en general.

2.6. Análisis experimental del comportamiento

El ejemplo más significativo del paradigma del contextualismo funcional es el *análisis experimental del comportamiento*. En su mayor parte, los analistas del comportamiento se han centrado en los análisis experimentales de las variables que influyen en la probabilidad del comportamiento de los individuos. Al estudiar el contexto actual e histórico en el que evoluciona el comportamiento, los analistas del comportamiento se esfuerzan por desarrollar conceptos y reglas analíticas que sean útiles para predecir y cambiar los eventos psicológicos en una variedad de entornos (Biglan y Hayes, 1996; Skinner, 1974).

El análisis experimental del comportamiento trata de establecer leyes generales como ciencia básica al igual que el resto de las ciencias naturales, ofreciendo un enfoque parsimonioso de la conducta, cimentados en una serie de principios relacionados entre sí. El análisis del comportamiento implica el estudio de cualquier variable que afecte la probabilidad de comportamiento (Biglan y Kass, 1977). En la práctica, sin embargo, los analistas del comportamiento se han concentrado en examinar los efectos de las contingencias de refuerzo y procesos similares. Esta teoría ha demostrado su estabilidad y uniformidad de los principios de conducta (condicionamiento clásico, operante, aprendizaje por reglas) entre diferentes culturas, periodos de la historia, edades y especies. El objetivo del análisis experimental, como de cualquier ciencia es predecir, controlar y explicar el comportamiento de los organismos, utilizando para ello como variable dependiente el comportamiento, y como variable independiente las posibles causas del comportamiento. Por lo que se basa en un modelo causal, funcional e histórico sobre las explicaciones de la actividad de los organismos. Las raíces filosóficas subyacentes al análisis del comportamiento la encontramos en el conductismo radical (que intenta investigar la raíz del comportamiento). Quizás este nombre ha perjudicado la difusión y el rechazo de esta teoría para algunos sectores, como la famosa crítica sobre la “caja negra”. Skinner, sin

embargo, contemplaba también los procesos mentales o pensamientos en su teoría, y englobaba todo lo que hace el organismo como “conducta”, incluyendo eventos privados. Los pensamientos, recuerdos, emociones, o cogniciones, eran eventos psicológicos para Skinner, eran conductas privadas que estaban sujetas a las mismas leyes que las demás conductas observables.

Las premisas del análisis experimental del comportamiento son las mismas que la del resto de ciencias naturales: materialistas, no dualistas, monistas y deterministas. Su objetivo es relacionar clases de conducta con clases de eventos ambientales. La conducta es la interacción entre la historia de un organismo biológico que interactúa en un contexto socio-verbal (psicológica, biológica, social). Los eventos privados, incluyen partes que son observables y otras que son observables solo por el propio individuo y son producto de una historia relacional, actualizándose en un contexto dado ante determinadas circunstancias (Carrascoso, 2003). Las diferencias entre diferentes tipos de conductas, y el hecho de que se les denomine bien motoras, fisiológicas o cognitivas, solo estriba en el grado de accesibilidad a ellas, pero todas son conductas, todas sometidas a los mismos principios y contingencias que las crean y mantienen. Desde el conductismo radical, no habría diferencia cualitativa o sustancial entre conductas externas o privadas, y en cualquiera de ellas están sujetas a las mismas leyes y principios de aprendizaje. Por ello, son objeto también de atención y modificación en las intervenciones terapéuticas. La distinción al abordarlas clínicamente es dónde se sitúa el foco de atención causal, que siempre es en el contexto y las contingencias externas que mantienen cualquier conducta. Aunque en la terapia se aborden los sentimientos y los recuerdos de una persona, las causas no están dentro, en su psique o en su mente, sino en las circunstancias que ha vivido en su historia y que las han creado como problema, además del contexto y las contingencias físicas, sociales y verbales que lo siguen manteniendo.

Este enfoque del comportamiento para el estudio de los eventos psicológicos puede describirse como selectivo, ya que los analistas del comportamiento entienden la configuración en la que el comportamiento funciona del mismo modo que la evolución de las especies. En la evolución biológica las contingencias de supervivencia de un entorno determinado seleccionan los rasgos genéticos que persistirán de una especie; en la evolución del comportamiento son las contingencias de refuerzo en un contexto dado el que selecciona qué clase de respuestas persistirán. De igual modo, tanto la evolución del comportamiento como de las especies pueden describirse como una selección por

las consecuencias (Skinner, 1982). Los analistas del comportamiento consideran que el comportamiento humano es el producto de las contingencias de supervivencia responsables de la selección natural de la especie, las contingencias de los repertorios adquiridos, las contingencias especiales mantenidas por la cultura (Skinner, 1987). Por lo tanto, los analistas de comportamiento intentan identificar aspectos del entorno manipulable que influyen en la ocurrencia, incidencia, prevalencia o probabilidad de eventos psicológicos tanto privados como abiertos. De esta forma, el concepto de funcionalidad para la conducta individual (ontogenético) es similar al concepto de adaptación para la conducta de las especies (filogenético). De ahí que, también en las aplicaciones terapéuticas sea fundamental el análisis funcional de la conducta del individuo en su medio, en su contexto. La conducta del individuo sea problemática o no, tiene una función en su contexto diario. Si sobrevive y persiste en su repertorio es porque tiene contingencias directas que hacen que se mantenga en el tiempo, incluso que se incremente y domine gran parte del repertorio del individuo, inhabilitándole para otros contextos y situaciones sociales.

2.7. El análisis funcional del comportamiento

La metodología que emplea el análisis del comportamiento es *el análisis funcional* que relaciona variables del ambiente con las del comportamiento. El estudio del comportamiento propone un análisis de las relaciones de los organismos mediante su interacción con el ambiente, tanto público como privado, aprendido o innato. El comportamiento humano es el producto de las contingencias que han desembocado en la selección natural como mecanismo de supervivencia de la especie, de las contingencias de reforzamiento de los repertorios que se han adquirido, y de las contingencias mantenidas que han evolucionado en un contexto social (Skinner, 1981). Por tanto, la conducta es una estrategia de adaptación de la selección natural, que además ha seleccionado ciertas conductas, pero también su modificación a través de las consecuencias (condicionamiento operante).

Averiguar cuáles son las variables externas que causan y mantienen la conducta es lo que facilita un análisis funcional. Con el propósito de poder predecir y controlar la conducta de las personas, se definen las relaciones entre una variable dependiente (la conducta) y una variable independiente (el contexto y las contingencias). De esta forma,

la explicación de la conducta, o de las posibles causas de una conducta, vendría dada por las relaciones entre las variables dependientes e independientes. No es necesario acudir a explicaciones mentalistas o constructos cognitivos para poder afirmar las causas de un determinado comportamiento. Es más que suficiente con averiguar las posibles variables independientes (del contexto) que inciden en la conducta. De esta forma, en las terapias contextuales no necesitan acudir a explicaciones mentalistas o cognitivas sobre las causas de la conducta alterada del individuo, es suficiente con averiguar las variables históricas que le han llevado a ella, y sobre todo, las variables actuales (contextuales, contingencias, lenguaje, orgánicas, motivacionales) que la mantienen en el momento actual y en el día a día de esa persona.

Estas relaciones entre ambas (causa-efecto) del análisis funcional constituyen leyes científicas. Sintetizar estas leyes en términos cuantitativos proporciona una información muy valiosa (Skinner, 1953). A la hora de registrar un análisis funcional, podemos limitarnos a hechos observables, y en este caso las técnicas de observación o de registro directo serían las más idóneas para obtener datos fiables. Pero son los entornos de laboratorio, con un elevado control de la situación y variables extrañas, las que permitirían realizar estudios más experimentales y controlados. Sin embargo, en el campo aplicado, el contexto laboral o educativo como el que se ha utilizado en los estudios de esta tesis, no permiten tal rigurosidad. La información que se puede obtener en las instituciones donde se han llevado a cabo nuestra intervención, tienen una serie de normas, con unas restricciones prácticas como horarios, normas del centro, puestos de trabajo y desempeño, personas implicadas, presupuesto, gasto de tiempo, etc. Por otro lado, puesto que gran parte del contexto de los problemas es el lenguaje, la conducta verbal de las personas implicadas en los estudios, es un factor fundamental, de ahí que la utilización de cuestionarios con información autorreferenciada y de tipo verbal, sea también una instrumentación importante para poder obtener conclusiones sobre esos análisis funcionales y relaciones entre la conducta y su contexto verbal.

Las terapias contextuales enfatizan el control contextual y verbal en la interacción de los eventos internos: pensamientos, sentimientos, sensaciones, emociones y establece relaciones sobre lo que la persona hace con esos eventos. Es decir, el peso estaría en lo que la persona hace con ese contenido, en lugar del contenido *per se*. El análisis funcional asume una perspectiva que entiende la historia personal de cada individuo como imprescindible para explicar la conducta presente, por lo tanto, hay que revisar la función que tiene el contenido de los eventos psicológicos, a través de su

comportamiento en el presente. No interesa tanto la forma de ese contenido, lo que dice o piensa el individuo, sino la función (Hayes y Follete, 1992) que tiene precisamente lo que dice o piensa, y porqué lo piensa o lo dice en ese momento concreto.

El análisis funcional tiene una dilatada base experimental, en la explicación y modificación de conductas de todo tipo desde los años cincuenta. Pero, sobre todo en lo que respecta a las terapias contextuales, ha sido el análisis funcional específico del lenguaje y la cognición (relaciones de equivalencia, seguimiento de reglas, Teoría de los Marcos Relacionales) el que ha dejado su impronta hace ahora unas dos décadas. Esta teoría del lenguaje y la cognición humana establece un análisis funcional genérico sobre las operantes relacionales, la derivación de funciones y la emergencia de nuevos comportamientos.

Las dificultades con respecto al análisis funcional clásico, como se mencionó con anterioridad, residen en la dificultad de utilizarlo como un sistema de clasificación, puesto que siempre es idiográfico. El análisis funcional siempre ha de ser específico de cada individuo y su problema. Aunque haya leyes generales sobre comportamiento, su aplicación a una persona concreta que está en un proceso terapéutico es siempre individualizado. De esta forma, ese proceso clínico de realizar un análisis funcional se define por unas pautas o reglas de actuación del clínico, pero no por un sistema de categorías o variables fijas, ya estipuladas *a priori* para todos los casos posibles.

El análisis funcional clásico en el que se especifican distintas variables independientes en torno a la VD que es la conducta, es el ejemplo predominante en un proceso de evaluación conductual y funcional. Según los autores Hayes y Follette (1992), lo han fijado en 6 pasos:

- 1) Identificar las características potencialmente relevantes de cada cliente, su comportamiento y el contexto en el que se produce, a través de una evaluación.
- 2) Organizar la información recopilada y traducirla a principios del comportamiento (refuerzo, control de estímulos, conducta clínicamente relevante, etc.) para identificar las relaciones causales importantes que pueden cambiarse.
- 3) Recopilar información adicional basada en el anterior paso y finalizar el análisis conceptual.
- 4) Diseñar una intervención basada en la información disponible.
- 5) Implementar el tratamiento y evaluar el cambio.

6) Finalmente, si el resultado no son los esperados hay que volver de nuevo al inicio del análisis funcional para ejecutarlo de nuevo en los pasos 2 y 3.

En primer lugar, se identifican las características más relevantes del cliente. Su comportamiento en el contexto en el que se produce y las variables más relevantes a analizar. Hay que tener en cuenta una previa evaluación del entorno para conocer las variables que pueden asociarse a las respuestas de las personas. Por lo que, se recopilan datos previamente sobre la organización (contexto laboral o educativo, en este caso); y luego sobre el individuo en cuestión, en la primera entrevista. Hay que tener en cuenta que es muy importante mostrarse neutro y objetivo en la medida de lo posible para no contaminar las observaciones con juicios o asunciones. En la segunda parte se establecen relaciones causales entre los eventos privados. Se recaba información también sobre los antecedentes, situaciones y lo que hace el cliente tras la aparición de esos eventos. Se organizan los más importantes y las clases funcionales. Más allá de anotar la topografía de los eventos, lo relevante es discernir que funciones tienen para el cliente según su historia, y qué variables que configuraron ese comportamiento.

Se pueden enviar registros para casa con el objetivo de registrar su actividad durante la semana. Esto dará mayor información sobre situaciones de su vida cotidiana. Finalmente, cuando se tenga un detallado análisis de la relación entre las acciones del cliente y su contexto, se pueden complementar con datos de medición de los componentes principales de ese análisis y procedimientos de evaluación establecidos para una evaluación continua del caso.

Una vez se han establecido la relación de esos eventos, se puede tener la capacidad de predecir e influir en dichos eventos de comportamiento de manera particular y en función de cada historia. A continuación, se comienza el tratamiento. El análisis funcional no solo se realiza al inicio, si no que se lleva a cabo en cada sesión y en cada momento. No es un proceso cerrado, al contrario, conforme se conozca en profundidad al cliente se pueden sumar más eventos al análisis. Este análisis también sirve como marco de referencia para comparar las diferencias antes y después del tratamiento, y observar si existen diferencias entre las conductas que mantenían el problema o si los eventos que anteriormente eran limitantes ahora se ha generado una nueva forma de relacionarse con esos eventos. Si el tratamiento no está teniendo éxito hay que volver al inicio y realizar un nuevo análisis funcional.

Capítulo 2

LAS TERAPIAS CONTEXTUALES

*“Cuando ya no podemos cambiar una situación
debemos cambiar nosotros mismos”
(Viktor Frankl, 1961).*

A lo largo de este capítulo se desgranarán algunos de los componentes esenciales de la *Teoría de los Marcos Relacionales* que se ha integrado en las intervenciones desarrolladas a lo largo de esta tesis. En este capítulo se expone la utilidad de los conceptos básicos basados en esta teoría para entender y abordar la psicopatología humana. Esta teoría del lenguaje supone una transformación del análisis de conducta más allá del análisis basado en las contingencias. Se analizan algunos de los conceptos más relevantes para la práctica clínica, como el uso de metáforas y la derivación de funciones. Posteriormente se detallarán las características de la *Terapia de Aceptación y Compromiso*, con sus aplicaciones clínicas más importantes; así como la *Psicoterapia Analítica Funcional*, con sus características y formas de realizar la terapia con adultos. Todas estas aproximaciones son las que fundamentan el *protocolo FACT* que se pone a prueba en esta tesis doctoral.

1. Teoría de los Marcos Relacionales y sus aplicaciones clínicas

La Teoría de los Marcos Relacionales (por sus iniciales en inglés RFT, *Relational Frame Theory*) (Hayes et al., 2001), trata de explicar el lenguaje y la cognición humana de manera contextual-funcional, monista, no mentalista, ideográfica y no reduccionista. Asimismo, todos los tipos de intervenciones psicológicas pueden potencialmente ser analizadas desde la perspectiva de la RFT. Las influencias históricas que han desarrollado esta teoría se enmarcan en el darwinismo, en el sentido en que busca explicar el desarrollo de un sistema complejo (el lenguaje humano y la cognición)

a través de poner su foco de atención en la selección por las consecuencias. Esta teoría también es acorde con el argumento de Wittgenstein en la que el lenguaje humano es un tipo de juego social. También la RFT es skinneriana al basarse en el concepto de operante como unidad de análisis y contemplar el efecto de las contingencias verbales descritas como aprendizaje relacional. De acuerdo con la metodología del análisis funcional de Skinner, se aplican las leyes del condicionamiento clásico y operante al lenguaje. El lenguaje es tomado como conducta también, que se rige por los mismos principios que cualquier otro comportamiento observable. Por último, esta teoría también es acorde con el paradigma sidmaniano al basarse en la idea de que las relaciones de equivalencia derivadas proporcionan un análisis funcional del lenguaje (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Hussey y Luciano, 2015).

Esta teoría de RFT se basa en la idea de que un comportamiento operante aprendido, representa la unidad funcional básica de la que surgen fenómenos como: el significado, el comportamiento gobernado por reglas y la equivalencia de estímulos. El ser humano tiene la capacidad única para derivar y combinar relaciones entre eventos (estímulos) incluso cuando no han sido entrenadas directamente y ponerlas bajo control contextual. El lenguaje supone una actividad simbólica, implica que comportarse verbalmente es hacerlo también de forma relacional, donde las funciones dadas a unos estímulos pueden derivarse a otros (Hayes, 1991). Por lo que esta teoría se centra en el aprendizaje relacional, y la respuesta relacional se refiere a la habilidad de responder a un estímulo en términos de otro, sin haber tenido experiencia directa con dicho estímulo, porque sus funciones vienen dadas por el hecho de participar en un marco de relación común entre ellos (Hayes y Wilson, 1996). Además, las funciones de unos estímulos se pueden transferir a otros. Esta habilidad nos permite responder a relaciones entre estímulos, en lugar de solo responder a cada estímulo por separado. Los humanos aprendemos a relacionar estímulos, aunque no compartan propiedades físicas y se pueden derivar relaciones que no han sido entrenadas directamente. La derivación de relaciones de estímulos es conducta aprendida, lo que nos remite al concepto de operantes generalizadas. Este tipo de operante sería un tipo de respuesta que una vez adquirida tras múltiples ejemplos, surge espontáneamente como generalización en ausencia de cualquier estimulación con la que pueda ser correlacionada. Se produce una contingencia que opera de manera diferencial a través del reforzamiento de múltiples ejemplos, formando así una clase de respuesta, una clase generalizada. Esta respuesta es muy variable, dependiendo del tipo de aprendizaje e historia que tenga cada individuo.

Por ejemplo, si ante determinadas sensaciones o pensamientos, la persona actúa evitando el malestar, esta forma de evitación se convertirá en una operante generalizada. Cuando se entrena este tipo de respuesta, la persona no responde al contenido sino al marco relacional en el que se incluye, a través de las claves contextuales que se han establecido a lo largo de esa historia de aprendizaje, por lo que el organismo estaría respondiendo así de manera relacional a los estímulos. Asimismo, existe evidencia de que una vez que se forman las redes relacionales, son muy difíciles de dismantelar (Gómez, Barnes-Holmes y Luciano, 2001), y que los intentos verbales de alterarlas simplemente expanden la red relacional (Hayes et al., 1999).

Las características del contexto y la historia regulan cómo el ser humano se relaciona con los distintos tipos de eventos (pensamientos, emociones, sensaciones, sentimientos). En un nivel básico, los procesos primarios que subyacen al aprendizaje relacional incluyen: vinculación mutua, vinculación combinatoria y transformación de las funciones de estímulo. Los teóricos de la RFT han proporcionado un conjunto cada vez mayor de datos que muestran que este proceso se aprende y se extiende a todos los tipos de relación verbal: oposición, diferencia, jerarquía, temporal, déctica, y relaciones comparativas y de evaluación entre muchos otros (Hayes et al., 2001).

1.1. La derivación de funciones y la generalización a estímulos arbitrarios a través del caso del pequeño Albert

El experimento que ha pasado a la historia del condicionamiento en humanos, y el inicio de las técnicas de modificación de conducta, fue la reacción de miedo condicionado del pequeño Albert, que con tan solo 11 meses de edad fue objeto de la primera aplicación del condicionamiento en niños. El propósito de Watson y Rayner (1920) era demostrar los principios del condicionamiento clásico, descubierto en esos años por Pavlov, podrían aplicarse a la reacción de miedo de un niño, en este caso con una rata blanca para establecer respuestas emocionales condicionadas. Albert fue escogido por su estabilidad emocional y Watson pretendía demostrar que podía condicionar una respuesta de miedo a una rata blanca, que inicialmente no provocaba en el niño ningún tipo de reacción aversiva, posteriormente probó también su generalización a otros estímulos similares, y finalmente cómo eliminar también esta

conducta de miedo con los mismos procedimientos, aunque las circunstancias les impidieron finalizarlo (Watson y Rayner, 1920).

Albert estuvo en contacto por primera vez con una rata blanca, un conejo, un perro, un mono, con máscaras con y sin pelo, algodón, periódicos en llamas, etc. Su primera reacción fue de manipulación en todas las ocasiones y no mostró miedo en ningún momento. Esto confirmó las primeras descripciones sobre Albert, donde prácticamente nunca lo vieron llorar. Luego se golpeó una barra detrás de su espalda que provocaba un sonido fuerte, lo que asustaba a Albert provocando una respuesta emocional de miedo y el llanto. Se le presentó a Albert una rata y al principio quería jugar con ella. No obstante, tras emparejar a la rata este ruido muy fuerte que lo asustaba, a lo largo de varias presentaciones, el bebé terminó sintiendo miedo por la rata blanca. Se introdujeron poco después otros animales como conejos, perros e incluso abrigos. Albert acabó sintiendo miedo incluso a estos últimos estímulos, y transfirió su miedo a las máscaras de Santa Claus, abrigos de piel de pelo blanco, perro, conejo, con la rata. El miedo acabó generalizándose y transfiriéndose a otros estímulos. El estudio concluyó que las respuestas emocionales directamente condicionadas, así como los estímulos condicionados por transferencia persisten, aunque pierdan intensidad en la reacción inicial.

Albert desarrolla la fobia por condicionamiento clásico y se hubiera llegado a mantener por condicionamiento operante en caso de que Albert no hubiera fallecido a los pocos años de vida, según la leyenda oficial. La explicación es que la evitación o refuerzo negativo al no estar en contacto con estímulos que le recordasen a la rata blanca mantendría la fobia en el tiempo. Más adelante y con la emergencia del lenguaje, Albert transferiría esa fobia a otros estímulos, creando una red relacional más amplia que le recordaran a esa situación. Probablemente solo con que uno de los elementos adquiriese una función aversiva, se podría transferir a los demás estímulos que tuviesen alguna relación con ellos, aunque no compartan características directas o cualidades estimulares, debido a las propiedades simbólicas, arbitrarias y relacionales del lenguaje. La palabra “rata” quizás funcionaría como estímulo discriminativo, evitando todo aquello que tuviera relación con esa palabra. La sensación de miedo tendría funciones aversivas y también discriminativas con esa historia personal que añadiría elementos lingüísticos o pensamientos (“no quiero ver las ratas”; “tengo miedo de verlas”; “si veo una me muero”, etc.). Quizás Albert también habría desarrollado fobias a sus prendas de ropa al abrir el armario, otros tejidos con pelo blanco, más animales, quizás incluso a la

navidad por la barba de Santa Claus o a otros estímulos que formaran parte de su red relacional.

En la generalización y el condicionamiento clásico, los nuevos estímulos que generan la misma respuesta emocional tienen que compartir alguna cualidad estimular con los estímulos que generaron la fobia. Según la RFT, se podrían generar respuestas de miedo ante estímulos, aunque no compartan una cualidad estimular, y el condicionamiento clásico no puede explicar por qué se generaliza sin compartir cualidades estimulares. Las relaciones se producen arbitrariamente y no se puede hablar de generalización sino de transferencia de función, al existir un contexto relacional que ha puesto en coordinación la respuesta de ansiedad ante esos estímulos y otros novedosos que serían equivalentes a ellos (Hayes et al., 2001).

La RFT ha proporcionado evidencia de que una vez que se forman las redes relacionales, son muy difíciles de dismantelar (Gómez, Barnes-Holmes y Luciano, 2001) y que los intentos verbales de alterarlas simplemente expanden la red relacional (Hayes et al., 1999). De esta forma, es muy difícil que un problema de ansiedad específica o fobia remita, ya que generalmente la persona se va a encontrar en su vida cotidiana con elementos que compartan alguna relación. Es raro encontrarse con estímulos que no compartan alguna relación, pero sí pueden existir casos excepcionales. Debido a las propiedades relacionales y arbitrarias del lenguaje, se podría derivar la fobia y establecer relaciones a elementos que no compartan ninguna cualidad física o propiedad estimular. Por ejemplo, en un caso real de fobia a la leche, la persona derivó fobia a Asturias porque las vacas pastan en prados verdes, como los de Asturias. Si la red relacional es muy amplia debido a la historia personal, se hará muy complejo que el problema de ansiedad desaparezca, por las propiedades relacionales anteriormente descritas sobre el lenguaje. Además, ello produciría un reforzamiento intermitente lo que mantendría aún más de manera crónica ese problema de fobia. Aunque exista una remisión espontánea, quiere decir que en la vida diaria la persona que presenta la fobia, no se ha encontrado con estímulos que compartan alguna cualidad, y la persona no ha transferido verbalmente esos estímulos a otros elementos de su fobia. Por ejemplo, cuando el problema de ansiedad es muy específico, con elementos muy concretos, es más difícil transferirlo (cucaracha, hormigas o caracoles) y podría parecer que el problema ha desaparecido, pero cualquier nueva relación verbal que se establezca puede hacer aparecer de nuevo las mismas reacciones emocionales ante estímulos nuevos.

1.2. Conceptos básicos de RFT y sus aplicaciones clínicas

Las estrategias que se van a describir a continuación se basan en las últimas investigaciones sobre el campo de la RFT y se relacionan específicamente con las complejas capacidades humanas de seguir instrucciones o reglas, y de la interacción con el propio comportamiento. Acorde con la literatura de esta teoría sobre el lenguaje y la cognición humana, estas dos áreas proporcionan información muy relevante a la hora de realizar una terapia efectiva y además ofrece una explicación sobre las variables que conducen a las personas a terapia. Se toman a continuación algunas nociones sobre las aplicaciones de la RFT en la práctica clínica de Törneke, Luciano, Barnes-Holmes, y Bond (2015).

1.2.1. Seguimiento de instrucciones e insensibilidad a las contingencias

En el lenguaje analítico, el repertorio conductual del seguimiento de instrucciones se denomina *comportamiento gobernado por reglas* (O’Hora y Barnes-Holmes, 2004; Skinner, 1966). Básicamente consiste en todas aquellas conductas que se adquieren bajo control de una estimulación verbal, y generalmente mantenidas por reforzamiento social de quien presenta esa regla o instrucción, pero también por contingencias directas que hagan mantener ese comportamiento de seguir reglas de una manera más permanente. Una palabra o combinación de palabras que especifican un comportamiento particular y sus consecuencias, se ha denominado tradicionalmente regla o instrucción. Por ejemplo, “tienes que dedicarle tiempo a estudiar para que no suspendas”, “has de lavarte los dientes antes de acostarte”, “has de portarte bien con los demás”, y un largo etcétera de todo tipo de instrucciones que aprendemos desde pequeños y que se mantienen también de adultos como reglas propias.

Bajo el prisma de la RFT, este fenómeno se describe como una regulación relacional compleja. Cuando el ser humano aprende a relacionar estímulos bajo la influencia de claves contextuales pueden tener funciones de estímulos para todo tipo de acciones, dependiendo de la historia de aprendizaje de cada individuo. Las reglas verbales, pueden derivar funciones con consecuencias con las que el individuo aún no ha tenido experiencia, por lo que pueden constituir reglas adaptativas para el

comportamiento futuro. Esto favorece actuar en el presente por posibles consecuencias en un futuro, que son solo verbalmente contactadas. Por ejemplo, “si estudio más, sacaré mejores notas”, “si dejo de fumar me sentiré mejor”, “si trabajo duro mejoraré en la empresa”, etc. Una vez que el repertorio de seguimiento de reglas está disponible y se dan las claves contextuales apropiadas, los humanos pueden actuar con un propósito, haciendo cosas que nunca han hecho antes y por consecuencias que nunca se han contactado. En este sentido, las reglas pueden crear nuevas conductas con un solo ensayo, y siguiendo solo la regla que se ha elaborado.

Se pueden distinguir tres tipos de reglas según su función y contingencias que las mantengan: (a) Reglas de cumplimiento (*pliance*) que se adquieren a partir de otras personas y se mantienen por el reforzamiento social de estas, son equivalente al mero hecho de “seguir instrucciones” porque alguien lo dice; (b) Reglas de seguimiento (*tracking*) que se adquieren a partir de otros y también por propia experiencia, pero que además del reforzamiento social se mantienen por el reforzamiento directo obtenido en las experiencias al llevarlas a cabo, y serían equivalentes a “seguir sugerencias” porque se obtienen beneficios; y (c) Reglas motivacionales (*augmenting*) que tienen una función meramente estimular, asociadas previamente a otras funciones reforzantes, y pueden aumentar la probabilidad de ocurrencia de la conducta que siga esas reglas, serían equivalentes a la palabra “por favor me prestas el bolígrafo”. La palabra “por favor” aumentaría la probabilidad de conseguir el bolígrafo.

Asimismo, debido a la capacidad relacional del lenguaje podemos responder a estímulos en términos de otro sin haber tenido experiencia directa con ese estímulo. Esta habilidad para enmarcar eventos de forma relacional bajo control contextual permite al ser humano generar conocimiento rápido, comportándose respecto a unos estímulos como si estuviesen presentes, cuando solo son figurados o simbólicos. Pero las reglas también pueden llegar a producir insensibilidad a las contingencias, promoviendo un tipo de regulación verbal ineficaz que podría conducir a la génesis de problemas psicológicos. El hecho de seguir rígidamente las reglas aprendidas (dadas por otros o elaboradas por propia experiencia), especialmente las reglas de seguimiento pueden hacer que el individuo continúe de forma permanente con la misma conducta, sin cambios, al no tener contacto con las contingencias reales que podrían hacerla cambiar y crear repertorios nuevos basados en lo que está ocurriendo en ese momento. Así, por ejemplo, el individuo podría tener un comportamiento rígido sobre la sexualidad porque sigue una regla de que el sexo es malo o es pecado, que le llevaría a

problemas psicológicos al no tener una relación de pareja o de intimidad que le permitiera contradecir esa regla. Pero también, en sentido opuesto, si durante la terapia se consigue instaurar reglas de seguimiento, que permitan al individuo tener contacto con las contingencias directas de su ambiente social, entonces se mantendrán más a largo plazo y podrían dirigir las conductas del individuo en el futuro. Esto es lo que se conoce también como “valores”, que el individuo ha de encontrar a lo largo del proceso terapéutico, para que le acompañen en su trayectoria vital.

1.2.2. Inflexibilidad psicológica o regulación verbal ineficaz

El ser humano aprende a seguir reglas verbales y a interactuar en un contexto socio-verbal donde se desarrolla su propia conducta. La combinación de las reglas y la propia conducta produce un patrón de funcionamiento eficaz o ineficaz (Luciano, 2015). Con el surgimiento de nuevas reglas, se presenta la oportunidad para clases de respuesta flexibles e inflexibles, según produzcan mayor o menor adaptación al medio social en el que se producen. Como apuntan algunas investigaciones, estas últimas clases de respuesta “inflexibles” parecen estar asociadas con "trampas psicológicas" (Luciano, Valdivia-Salas y Ruiz, 2012; Törneke, Luciano y Valdivia Salas, 2008).

Por otro lado, la evidencia empírica ha demostrado que el cumplimiento de reglas tiene otra característica en su mantenimiento a largo plazo, es decir, puede continuar incluso cuando las consecuencias especificadas por la regla han dejado de ocurrir o, de hecho, nunca han ocurrido (Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb y Korn, 1986). En otras palabras, una vez adquirida una regla puede ser más difícil de extinguir que una conducta aprendida por contingencias directas, pues al cambiar estas también cambian las conductas; pero en el caso de las reglas impiden tener contacto con contingencias directas, y aunque la regla no sea reforzada se mantendrá a lo largo del tiempo en una extinción muy lenta.

En el caso de comportamientos privados, de pensamientos e ideas repetitivas, el seguimiento excesivo de reglas, incluso cuando las consecuencias son aversivas a largo plazo, produciría un efecto de evitación experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). El efecto de quedarse atrapado por los eventos privados se describe también como "inflexibilidad psicológica", que es la incapacidad de persistir o cambiar el comportamiento al servicio de los valores elegidos (reglas personales y vivenciales),

quedando la persona atrapada por las funciones aversivas y sin contactar con su experiencia directa, en una situación de evitación continuada bajo control verbal de una regla que la justifique, por ejemplo “no debo sufrir”, “he de quitarme estas ideas y pensamientos de la cabeza”, “he de olvidarlo todo”, etc. En términos generales, existe un creciente cuerpo de evidencia en apoyo de este modelo psicopatológico (ver Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Este patrón repetitivo a la larga resultará limitante o con tendencia a problemas psicológicos, tras la acumulación de múltiples ejemplos en los que, además, la persona enmarca sus eventos privados en coordinación o equivalencia con uno mismo. En ese aprendizaje relacional el individuo asocia esas ideas y evitación continuada consigo mismo, las ideas y el mismo son una misma clase estimular. Esto impide discriminar la diferencia entre uno mismo y esos pensamientos o emociones indeseables que se disparan como un producto de la historia personal e individual, provocando con ello problemas psicológicos.

1.2.3. Marco jerárquico con el deíctico “Yo”

A través de las interacciones con la comunidad verbal a lo largo de los años de desarrollo, se establecen las redes relacionales en los que aparece el concepto de “Yo”. Se aprenden relaciones de coordinación con el propio comportamiento, relaciones de oposición entre el propio comportamiento y el de otros. Además, aprendemos a colocar nuestro propio comportamiento en una relación jerárquica con el marco deíctico “Yo/Otros”. En otras palabras, todo lo que hago, veo, pienso y siento es experimentado como parte de mí o quien soy, frente a otros del exterior (Luciano, Valdivia-Salas, Cabello-Luque, y Hernández, 2009). La participación en este marco jerárquico respondiendo a nuestro propio comportamiento con el deíctico “Yo/Otros”, tiene un papel central para la forma en la que seguimos nuestras propias reglas.

Para el trabajo terapéutico, el seguimiento de reglas debe producir una relación jerárquica con el propio comportamiento, es decir, el Yo está por encima de la jerarquía y en otro plano de la relación donde los pensamientos y emociones son experimentadas. Cuando se ha establecido esta diferenciación entonces el seguimiento de reglas puede ser efectivo y beneficioso para la salud (Luciano et al., 2009). Por lo tanto, ser capaz de “mantener los pensamientos a una distancia de observación” en lugar de actuar automáticamente sobre ellos, es una habilidad psicológica de gran importancia. Esta

capacidad parece corresponder con lo que a menudo se llama flexibilidad psicológica o conductual (Bond et al., 2011). También se ha definido la flexibilidad como una clase funcional de respuestas que enmarca la propia conducta en jerarquía con la perspectiva deíctica “Yo/Otros”. De esta forma, se podrían reducir las funciones aversivas de los eventos privados y aumentar las funciones apetitivas o motivacionales (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes, y Bond, 2015).

1.2.4. Reglas motivacionales

Los factores motivacionales son muy relevantes, debido a que no existe nada más difícil que desprenderse de los antiguos hábitos. Técnicamente, en el análisis del comportamiento, las variables motivacionales a menudo se han descrito utilizando conceptos como “operaciones motivacionales” y “operaciones de establecimiento” (Michael, 1993). Las reglas motivacionales tienen la función de incrementar o disminuir el impacto de ciertos estímulos (Barnes-Holmes et al., 2001). En otras palabras, clarificar lo que es importante para el cliente y vincularlo a un comportamiento alternativo con el propósito de motivarlo para el cambio, demostrando ser eficaz cuando las lleve a cabo. Esto se consigue derivando funciones apetitivas a los intentos de aproximación a valores o reglas que resulten apropiadas para su futuro, y derivando funciones aversivas a los de evitación continuada que presenta como problema psicológico. Por ejemplo, en un problema de alcoholismo “dejar de beber en este momento” se asociaría con funciones apetitivas, porque la salud es algo muy importante, porque controla su vida, porque puede ser el padre que quiere con su familia, porque puede conservar su trabajo, etc., y al tiempo las conductas de evitación que el individuo tiene a través del abuso del alcohol, se asocian a relaciones estimulares aversivas, como pérdida de control, temor en la familia, pérdida de un trabajo, problemas de salud física, etc., aunque ese tipo de consecuencias no se produzcan en el presente.

1.2.5. Formas de utilizar las reglas verbales en la RFT

Desde la RFT estos mismos principios sobre el aprendizaje relacional son los que utilizaría el terapeuta para crear nuevas reglas y nuevas relaciones que ayuden a mejorar y enfocar de otra manera sus problemas. De esta forma, algunas de esas ayudas serían las siguientes:

1. *Ayudar al cliente a discriminar la relación entre las clases funcionales de respuesta y las consecuencias problemáticas* producidas por esas respuestas. El objetivo sería alterar las clases funcionales problemáticas respondiendo de acuerdo a ciertas reglas o instrucciones propias. Por ejemplo, en un caso hipotético de problemas depresivos, el pensamiento del tipo “Yo soy un inútil”, “No valgo para nada”, se encontraría en el orden superior de la jerarquía del marco relacional. Alterando las funciones de ese orden superior, podrían alterarse también las de orden inferior, por ejemplo, el tipo “Yo no puedo” o “No sé hacerlo”.

2. *Ayudar al cliente a discriminar sus propias respuestas*, tanto externas como privadas, enmarcándolas en la participación de un marco jerárquico con el deíctico “Yo”, es decir, enseñarle a diferenciar afirmaciones sobre uno mismo, sobre lo que piensa, lo que siente y lo que hace, diferenciando a su vez la persona que piensa, siente o hace de las propias acciones o productos de pensar, sentir o hacer. Además, para que se generalice, el terapeuta ha de entrenar este repertorio en diferentes contextos (con múltiples ejemplos) como una clase funcional que suponga relaciones alternativas a las que presenta como problemáticas.

3. *Ayudar al cliente a desarrollar un repertorio alternativo* o eficaz en base a una dirección valiosa, que elija a lo largo del proceso terapéutico. Diferenciarse o distanciarse de sus eventos privados (lo que piensa o siente), generando flexibilidad psicológica, diferenciando entre el “Yo” y el contenido. Se trata de conseguir que el contenido de esos pensamientos y sentimientos no impida centrar su vida en una dirección valiosa personal. Una pregunta que ilustra los procesos dialécticos durante la terapia podría ser una pregunta del tipo “¿Esto que hago, me acerca o me aleja de la vida que quiero?”. Si la persona actúa en coordinación con los pensamientos “Soy un inútil” aumentará la probabilidad de fracaso, esa regla tendrá una función de control sobre el resto de los comportamientos, y será la que promueva la evitación continuada, quizás bebiendo demasiado, o renunciando a los estudios. En el proceso terapéutico se trataría de que el individuo aprendiese nuevas reglas y nuevas relaciones, donde no

evite y donde dirija sus acciones hacia lo que considera como una vida digna, que merece la pena ser vivida.

1.3. El lenguaje y la derivación de funciones en la práctica clínica

Según la RFT, nos movemos en dos direcciones fundamentales: control apetitivo y control aversivo. El ser humano se acerca al placer y huye del dolor. Nuestra conducta estaría bajo control apetitivo o control aversivo. Aproximándonos hacia el control apetitivo y escapando de lo aversivo. De manera más conceptual es la descripción de los procesos de aprendizaje básicos de condicionamiento operante que gobiernan la conducta humana y animal: reforzamiento y castigo. En este caso, desde la RFT se interpretan de una manera más global. La evitación a corto plazo resultaría útil, pues elimina el malestar (desaparece algún evento), pero a largo plazo el problema no se resuelve y se hace más intenso (aumenta por reforzamiento negativo). Desde la RFT, el individuo deja de realizar acciones valiosas por temor a sentir eventos privados aversivos.

El inconveniente es que solo se puede evitar aquello que es peligroso. ¿Qué pasa si el lenguaje se hace peligroso o aversivo? ¿Qué ocurre cuando reaccionamos ante eventos privados como si fueran hechos o barreras reales? ¿Nos podemos desprender del lenguaje? Al ser el lenguaje el contexto en el que se crean los problemas psicológicos, la terapia consistiría en alterar estos contextos verbales que cada uno ha ido configurando a lo largo de su historia personal. No podemos huir del lenguaje ni podemos desactivar las funciones aversivas formadas a través de la historia, por lo que el objetivo en la terapia es dismantelar las funciones aversivas del lenguaje para que el cliente pueda vivir la vida que quiere vivir y no la que los contenidos de sus pensamientos controlan. En definitiva, ayudar a que el cliente aprenda a usar su lenguaje de manera efectiva.

Según Polk y Schoendorff (2014) desde la RFT se podrían derivar funciones a través del proceso terapéutico de una manera dialéctica, generando preguntas que ayuden a ilustrar las funciones del comportamiento del individuo: (1) El primer paso en sesión es realizar un análisis funcional individual para determinar qué funciones vienen dadas en la historia del cliente, y qué variables están manteniendo el problema. (2) Una vez detectadas las funciones del cliente, se pueden derivar funciones aversivas a las

respuestas de evitación que presente. A su vez, para derivar esas funciones aversivas se le podría plantear: “¿Cómo ha funcionado lo que has hecho para resolver tu problema?, ¿Lo que has hecho para resolver el problema te ha funcionado para estar más cerca de lo que te importa?, ¿Te ha acercado hacia lo que es valioso para ti?, ¿Qué has perdido al estar evitando?, ¿Has dejado de tener malestar cuando estás evitando?”

La respuesta a esta última pregunta, por ejemplo, es que generalmente a corto plazo sí, pero a largo plazo el malestar se hace más intenso y el cliente ha dejado de hacer cosas importantes. Los movimientos de evitación lo han alejado de las acciones valiosas en su vida. En suma, el reforzamiento negativo aumenta la evitación y esta impide realizar otras conductas que puedan ser valiosas para el individuo. Lo que se intenta conseguir en el proceso terapéutico es transformar las funciones, para que los movimientos de evitación no sean tan fuertes y por el contrario ahora la conducta de evitación del malestar se vuelva aversiva.

Algunas preguntas para derivar funciones apetitivas a los valores personales podrían ser también las siguientes: “¿Qué haría la persona que quieres ser?, ¿Y si el malestar está en ambas direcciones?, ¿Qué malestar tiene más sentido para ti?, ¿Y si tu malestar fuese una parte necesaria del camino que te lleva a lo que es importante? ¿Estarías dispuesto a pasarlo mal?, ¿Y si lo que te produce miedo está vinculado a las cosas importantes en tu vida, estarías dispuesto a sentirlas?, ¿Prefieres vivir una vida sin malestar y sin estar donde quieres? ¿Tener malestar y la vida que quieres?”

Al cambiar el contexto verbal, hacerle ver que sus intentos por mejorar la situación precisamente constituyen el problema (p.ej., “Si das los mismos pasos, vas a llegar al mismo sitio”), ahora el cliente está preparado o se siente con confianza para probar algo nuevo. El cliente toma contacto con la paradoja de que el malestar no se puede evitar, ya que los intentos por eliminar el malestar producen mayor malestar a largo plazo, al alejarlo de la vida que quiere. Por ejemplo: evito mi miedo al avión, no siento miedo, pero tampoco viajo. Esta es la paradoja de la evitación, para que el malestar desaparezca tendría que dejar de importarle viajar. Cuando el cliente es consciente de tal paradoja, estaría dispuesto a hacer algo nuevo con su malestar. En términos de la RFT el propósito es conducir a la persona hacia movimientos de aproximación a sus valores y crear un marco verbal de jerarquía para derivar funciones apetitivas y hacer más probable su conducta o conectar el malestar con la vida que quiere. Se derivan funciones apetitivas al hecho de sentir malestar y se conectan con la

dirección vital del cliente, favoreciendo así la aceptación de ese malestar para que no entorpezca la consecución de sus propósitos vitales. También se pone en un marco relacional de oposición la evitación y los valores. Si se sigue un tipo de regla no se puede seguir la otra.

Por consiguiente, el cliente empezaría a tomar contacto con reforzadores verbales y con sus valores (con lo que quiere ser), por lo que se debilitaría el contexto verbal de su historia personal, y se transformarían funciones que antes eran aversivas por otras reforzantes a lo largo de la terapia. La conducta de aproximación, al no evitar, permitiría nuevos aprendizajes relacionales y poner en práctica nuevas conductas que podrían obtener contingencias naturales en su vida diaria.

1.4. El uso de metáforas en la RFT

Las metáforas son recursos verbales que se utilizan durante la terapia para conseguir nuevos aprendizajes relacionales, serían ejemplos e historias que crean un contexto verbal diferente, pero que en algún momento tienen relación con la historia del individuo y los problemas que presenta. De esta forma, por equivalencia se establece también una relación entre la historia de la metáfora y la historia personal, conduciendo a nuevas reglas y equivalencias funcionales entre ambos aprendizajes en su historia y en la consulta. Son fáciles de recordar y contienen mucha información, además se pueden coordinar con otras clases de respuestas, lo que permite la generalización funcional. Es una opción más saludable que el seguimiento de instrucciones directas que se realiza en otras corrientes psicoterapéuticas.

Como se ha explicado anteriormente, el seguimiento de reglas podría conducir a la insensibilidad de las contingencias y a la rigidez o inflexibilidad, lo que es sinónimo de problemas psicológicos. El propósito de las metáforas consiste en concentrar una gran cantidad de información de manera sencilla, en un ejemplo que atrape las funciones que queremos trabajar, para que se produzcan la transferencia y transformación de funciones de las reglas que sigue el individuo. Las funciones que un estímulo tienen para una persona pueden transformarse sobre la base de cómo se relaciona con otros estímulos. Si un estímulo tiene una determinada función psicológica (por ejemplo, ansiedad) y en un contexto dado se selecciona esa función como

apropiada, estas funciones de estímulos que forman parte de esta relación pueden verse transformadas acorde a esta relación (ver Figura 2.1).

Las analogías y las metáforas abstraen relaciones entre eventos y permiten establecer relaciones de coordinación. “El lenguaje metafórico transfiere funciones desde un campo experiencial a otro, vinculando una red de conexiones con otra red, la cual abre rápidamente nuevas posibilidades (relacionarse de otra manera con los eventos privados) y actuar de manera diferente” (Törneke, 2010). La transformación de funciones se considera el pilar central del comportamiento de autocontrol, alterando el valor de los estímulos presentes y haciendo posible una acción alternativa de cara al futuro. Por ejemplo, la precaución de no tener relaciones sexuales de riesgo tendría unas consecuencias aversivas que no se manifestarían en el mismo momento sino a medio-largo plazo (posibles infecciones y problemas de salud). De esta forma, se renunciaría al placer a corto plazo que proporcionaría tener relaciones sexuales sin protección, pero el valor de la salud (como nueva regla o valor personal) actuaría transformando las funciones del placer inmediato.

En la construcción de las metáforas, el propósito del terapeuta es adaptar de manera flexible las metáforas a la historia personal de cada cliente, teniendo en cuenta el análisis funcional de las conductas problemáticas de ese cliente y los puntos en común con la metáfora o ejemplo que se quiera utilizar. Por lo tanto, con el uso de metáforas el cliente podrá ver ciertos aspectos de su propia conducta problema, sin que el terapeuta emplee una regla o instrucción directa para conseguir ese efecto de cambio de función.

Según Foody et al. (2014) existirían varios elementos en la construcción de una metáfora para utilizar en clínica:

- 1) Deben ocurrir dos relaciones de coordinación separadas (p.ej., luchar contra el pánico de la ansiedad y luchar para salir de las arenas movedizas).
- 2) Debe derivarse una relación de coordinación entre estas relaciones (p.ej., luchar con la ansiedad es como luchar en las arenas movedizas).
- 3) El individuo debe ver una discriminación de una relación de coordinación-coordinación entre ellas (en este caso, el elemento de la lucha).
- 4) Finalmente, ocurriría una transformación de funciones basada en esta relación formal (p.ej., la lucha produce malos resultados, luego también luchar contra la ansiedad produce malos resultados).

En este ejemplo de metáfora, pues, la lucha en las arenas movedizas (donde es físicamente aplicable) se transfiere a la lucha contra la ansiedad, ya que comparten propiedades relacionales. Este fenómeno se define en términos de la RFT como transferencia de funciones de estímulo, desde el ejemplo de arenas movedizas a la conducta problemática de ansiedad. La lucha en las arenas movedizas se coordina con la lucha contra la ansiedad. A través de esta metáfora, el cliente puede derivar que luchar le conduce a hundirse más, y que dejar de luchar o permanecer inmóvil conducirá a la solución. De esta forma, concluirá que la aceptación de la ansiedad reducirá los ataques de pánico (Figura 2.1). La respuesta que el cliente daba a la relación inicialmente cambia su función debido a la nueva relación que se establece a través de la metáfora (Barnes-Holmes, 2006).

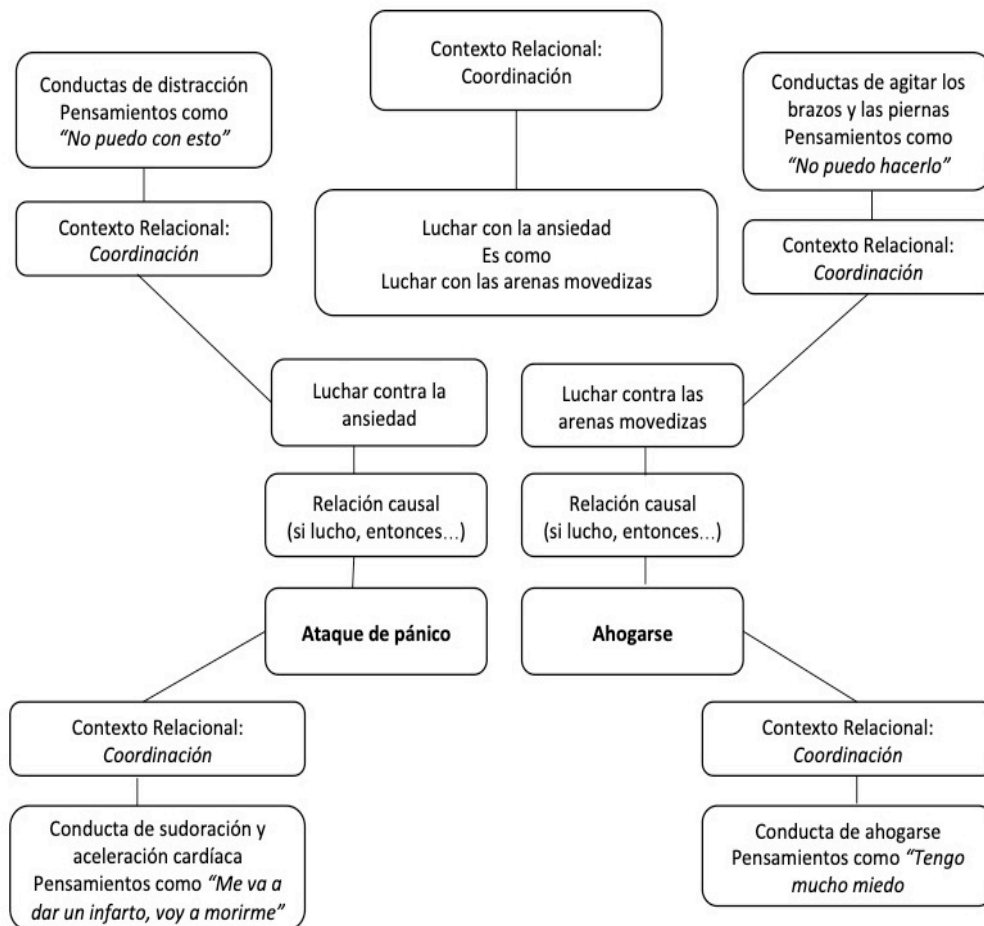


Figura 2.1. Ejemplo de la equivalencia entre una metáfora basada en la RFT y el problema del cliente (Foody et al., 2019).

Lo importante para el clínico es conocer los principios de RFT y cómo funcionan las metáforas, de forma que pueda adaptarse a los repertorios y vivencias del cliente. Como ejemplo flexible adaptado a la historia individual tras el análisis funcional, puede servir el de un cliente con ansiedad que trabajaba en el campo y se dedicaba a la extracción de la miel en el trabajo con abejas, se le adaptó la siguiente metáfora de manera breve, siguiendo los parámetros anteriores: *“La ansiedad es como luchar con las abejas. Imagina que empiezan a rodearte muchas abejas. Cuanto más luchas e intentas desprenderte de las abejas, ¿Qué ocurre? Aparecen más y pueden picarte con mayor probabilidad. La ansiedad funciona de manera similar, a mayor lucha se produce un empeoramiento. Por lo que, si recuerdas lo que haces cuando estás con las abejas (quedarte quieto), que es sinónimo de que no te pican tantas y puedes sobrevivir, la ansiedad sería igual: cuanto más luchas, más empeoras”*.

Las metáforas también permiten discriminar el propio comportamiento como algo externo o “allí”, de manera distinta de “aquí”. Esta relación diádica “Aquí/Allí” favorece enmarcar el propio comportamiento de manera jerárquica. Por lo que el terapeuta ayudaría a enmarcar al cliente sus propias respuestas en jerarquía con el deíctico “Yo/Otros” y también el de “Aquí/Allí”. De esta forma, con estos entrenamientos se enseña al individuo un repertorio alternativo como clase funcional para aumentar la probabilidad de emitir respuestas alternativas, discriminando de esta forma en su propia experiencia y las contingencias de esas relaciones. Esto transformaría las funciones de control contextual y generaría un repertorio más flexible y adaptativo (Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y Luciano, 2013).

En concreto, el procedimiento denominado *fisicalización*, englobaría los aspectos más importantes de discriminar y enmarcar de manera jerárquica los eventos privados respecto al deíctico “Yo”, donde el individuo puede observarse a sí mismo como diferente de los eventos privados, y se pueden observar esos eventos sin necesidad de escapar de ellos. En resumen, las intervenciones clínicas que vayan destinadas a alterar las funciones discriminativas en la parte superior de la jerarquía, podrían alterar las funciones desencadenantes de los niveles inferiores de la jerarquía (Gil et al., 2012). Por ejemplo, el terapeuta podría proponerle que observase lo que siente en un momento dado, y después diferenciar entre eso que siente y el “Yo”, como la persona que a su vez observa esa sensación, siendo ambos diferentes, haciéndole ver quién está en una relación superior, el “Yo” por encima de las sensaciones que tenga el mismo.

1.5. Flexibilidad a la hora de aplicar la RFT

La fluidez y la flexibilidad de los estímulos derivados en la RFT correlacionan consistentemente con el desempeño en otras tareas lingüísticas (O’Hora et al., 2008; O’Toole y Barnes-Holmes, 2009). El entrenamiento en estímulos derivados tiene aplicaciones para mejorar la inteligencia verbal. No obstante, el incremento en la capacidad lingüística y de relacionar estímulos derivados, también puede desencadenar un aumento del sufrimiento psicológico al responder a más estímulos en términos de otros. Es recomendable entonces, utilizar solo los procedimientos anteriormente mencionados (marcos jerárquicos y deícticos del “Yo”), para evitar que las personas queden atrapadas o en coordinación por las funciones aversivas del contenido de los eventos privados. Teniendo en cuenta que el lenguaje puede ser la causa del sufrimiento, y que el ser humano tiene la capacidad de derivar funciones aversivas sin tener experiencia directa con las consecuencias, es preciso entrenar al cliente para que responda de manera eficaz a esos eventos, en su mayoría privados, en lugar de generar un incremento al relacionar estímulos derivados con una función de evitación. El lenguaje nos permite avanzar en el conocimiento y la comunicación con otros, pero también tiene una contrapartida y es que nos puede hacer sufrir más. Solo con imaginarnos un acontecimiento, puede elicitar miedo, tristeza, ansiedad, estrés, etc. No es necesario que los estímulos estresantes o ansiógenos estén presentes en ese momento, sino que el individuo asocie eventos privados a estos, y responda a estos últimos como si fuesen los primeros. El lenguaje conduce a responder de manera simbólica, sin haber tenido experiencia directa con los estímulos. Por lo tanto, proveer de herramientas verbales y experienciales al cliente, para no caer en las trampas del lenguaje, es lo más importante en las aplicaciones clínicas.

En definitiva, la RFT es una teoría de base empírica que tiene como objetivo proporcionar una descripción analítica funcional del lenguaje humano y la cognición en base al análisis experimental del comportamiento. De ellos se derivan procesos implicados en los problemas clínicos, como son la flexibilidad/inflexibilidad de seguir reglas, responder de manera simbólica, o evitar los eventos privados constantemente. Todos estos principios y estrategias estarían involucradas en el mantenimiento de los problemas psicológicos. No obstante, esta teoría está viva y en constante evolución, por

lo que sigue buscando los procesos que producen el cambio a través del análisis experimental de la conducta clínica y las interacciones entre terapeuta y cliente.

2. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Durante los años 80 de manera precursora y novedosa apareció la primera versión de lo que hoy conocemos con el acrónimo de ACT. Esta primera versión fue conocida como “Distanciamiento Comprensivo” (Zettle y Hayes, 1986), un nombre menos preciso que la versión final que hoy día conocemos. Fue bautizada al poco tiempo como *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; 2012), con el primer libro completo que salió a la luz. Esta aproximación es la más representativa de las denominadas “terapias de la tercera generación” y está enraizada en la filosofía pragmática del contextualismo funcional (Biglan y Hayes, 1996, 2015). Representa una dimensión contextual y funcional para entender y tratar la psicopatología humana, asumiendo que los problemas estarían centrados en la historia personal y en cómo las personas han aprendido a relacionarse con sus experiencias privadas. La evitación experiencial sería una dimensión diagnóstica funcional que se explica a través de la RFT (Hayes, Barnes-Holmes, y Roche, 2001). Aquí se entiende el corazón del lenguaje como la derivación de las relaciones entre eventos bajo control, al menos en parte, de claves arbitrarias. Asimismo, ACT recoge la filosofía y conocimientos del análisis experimental y aplicado del comportamiento que sustenta tanto la metodología empleada como las interacciones clínicas que se desarrollan durante esta psicoterapia. El aumento de la flexibilidad psicológica es conocido como el mecanismo de cambio fundamental propuesto dentro del modelo ACT (Bond et al., 2013; Hayes, Villatte, Levin y Hildebrandt, 2011).

2.1. ACT como propuesta para abordar la psicopatología humana

Esta terapia no es solo una propuesta terapéutica, incluye una filosofía y una aproximación psicopatológica de cómo entender el ser humano y su sufrimiento. Desde esta concepción, el sufrimiento psicológico estaría inseparablemente unido a la existencia humana, pero paradójicamente el ser humano habita en un contexto cultural

donde existen creencias extendidas en las que el sufrimiento se considera negativo y hay que erradicarlo (León-Quismondo, Lahera y López-Ríos, 2014). Del mismo modo que el lenguaje relacional permite adquirir una gran cantidad de información en poco tiempo (enamorarse, disfrutar, tener experiencias agradables y placenteras), también permite recordar experiencias desagradables del pasado o imaginarse posibles desgracias en el futuro.

Esta aproximación concibe los eventos privados molestos como parte de la existencia humana al habitar en un contexto social-verbal, además de las condiciones de un organismo con una serie de leyes sobre su aprendizaje. El centro de la terapia se encontraría en el lenguaje, que se analiza en términos de conducta verbal de Skinner (1957), y que sería el contexto en el que se constituyen los problemas psicológicos, además de las variables y contingencias que han configurado la identidad de la persona. En otras palabras, la historia del individuo le ha llevado a problemas psicológicos, y es ahora cuando además de las contingencias y contexto físico-social se incluye un contexto verbal que mantiene esos problemas. Pero la explicación no es cognitiva, no son esos pensamientos o eventos privados la causa de los problemas, sino que son los problemas mismos, y la manera que tienen las personas de relacionarse con esos problemas. Lo que interesa al clínico es conocer cómo se han formado, qué función tienen en la conducta del individuo, no la forma o contenido que tengan, sino para qué ocurren, qué contingencias (sobre todo de evitación) los mantienen y perpetúan como problema en el repertorio del cliente.

La clasificación funcional denominada *trastorno de evitación experiencial* (TEE), por entrar en el mismo juego terminológico de la clasificación taxonómica diagnóstica tradicional, sería la explicación de muchos de los problemas psicológicos humanos. El individuo se encuentra en una lucha constante con sus pensamientos y emociones, quiere eliminarlos, no quiere sufrirlos, pero precisamente esa evitación hace que se perpetúen por reforzamiento negativo. De esta forma el TEE se aduce como el mecanismo de mantenimiento de esos problemas psicológicos. Se conoce también como *evitación experiencial destructiva* (EED), puesto que a largo plazo consiguen mantener al individuo en conductas evitativas con formas diferentes según la clasificación psicopatológica al uso, pero todas con una función similar: eliminar o evitar experiencias privadas. Así, las personas pueden presentar problemas psicológicos con formas muy diferentes, bien conductas de pasividad depresivas, ansiosas y ataques de pánico, obsesivo-compulsivas de cualquier tipo, abuso de sustancias legales o ilegales,

etc., pero tras un análisis funcional todas ellas podrían tener una función común en la evitación. El individuo con problemas depresivos podría estar evitando sus recuerdos y los problemas a los que no quiere enfrentarse, o bien una persona con un problema de adicción al alcohol podría estar evitando toda la presión de sus emociones y pensamientos que le estresan de manera continua. De esta forma, pues, en ACT al igual que en otras psicoterapias contextuales se busca la función de los problemas psicológicos que presente el individuo. La explicación psicopatológica no estará en la clasificación de categorías de conductas por la forma que tengan, sino en la función que cumplen esas conductas, y en esa función la “evitación experiencial” es una de las fundamentales según ACT.

Cuando se da esa evitación de forma continuada, podría desarrollarse un patrón de conducta que desde ACT se denomina *inflexibilidad psicológica* que es una clase funcional/operante relacional, que correlaciona con muchos problemas psicológicos. Son personas que muestran inflexibilidad en su repertorio de conductas, se mantienen siempre en unas rutinas de manera estereotipadas, no cambian su forma de hacer, y aunque no les funcionen, siguen haciéndolas porque se mantienen en esa evitación experiencial. Asimismo, las personas que utilizan la evitación experiencial son más propensas a desarrollar una variedad de diferentes condiciones psicopatológicas (Boulanger et al., 2010; Chawla y Ostafin, 2007; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, 2006; Hayes et al., 2004; Ruiz, 2010).

La inflexibilidad se establece a través de múltiples ejemplos donde la persona actúa en coordinación con sus eventos privados y sin discriminar como diferentes su “Yo” y sus eventos privados. Este patrón de inflexibilidad se ha considerado como denominador común de la psicopatología en trastornos diversos, acordes a los criterios del DSM o CIE, dada la amplitud en la comorbilidad de los diferentes trastornos. Esta dimensión funcional permite contemplar desde ACT todo el espectro psicopatológico de manera unificada a través del patrón rígido e inflexible de conducta. Los diferentes apellidos o etiquetas de los “trastornos” serían meras topografías o formas que adoptan las personas para modificar o “arreglar” los problemas de la vida cotidiana (estados de nerviosismos, tristeza, ganas de hacer algo, frustraciones, penas, etc.). Ante este malestar, y según su historia, cada persona reacciona de un modo diverso intentando eludir momentáneamente lo inevitable de las experiencias privadas, quedando atrapada en un *feedback* continuo de reforzamiento negativo que se retroalimenta con esas acciones destinadas a “mejorar el problema”, cuando realmente lo empeoran a largo

plazo. Este patrón inflexible se conoce por la negativa de establecer contacto con las experiencias privadas molestas tales como pensamientos, emociones, sentimientos, sensaciones, recuerdos. Los estudios experimentales han mostrado que los intentos de controlar los eventos privados mediante el escape o la evitación son contraproducentes y aún pueden aumentarlos más (Corrigan, River, Lundin, Penn, Uphoff-Wasowski y Champion, 2001; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Langer, Fiske, Taylor y Chanowitz, 1976; Macrae, Bodenhausen, Milne, y Jetten, 1994; Smart y Wegner, 1999, 2000).

Por otro lado, además de ese patrón mantenido por reforzamiento negativo, este tipo de inflexibilidad encuentra también contingencias de reforzamiento positivo por el contexto cultural occidental. Estamos en una cultura de la felicidad, de la búsqueda de la tranquilidad, de la erradicación de problemas, de forma que cualquier cosa que haga desaparecer las molestias es bienvenida. La persona que evita sus pensamientos y emociones tomando fármacos u otras sustancias está dentro del caldo de cultivo social, hace lo que debe, nadie quiere sufrir, nadie quiere tener molestias y es coherente con el sistema de creencias de occidente “para vivir bien tengo que eliminar el malestar”. Pero el coste de la supresión de experiencias privadas conduce a la expansión paradójica de dicho dolor, y las consecuencias traducidas a la vida diaria consisten en acabar llevando una vida que no se desea, un alto grado de insatisfacción, sensación de vida malgastada, sin significado, vacía y miserable. A largo plazo, estas contingencias de reforzamiento negativo que mantienen la evitación, producen un efecto aún mayor, aumentando el malestar y manteniendo de manera crónica los problemas psicológicos, tanto individuales como sociales. De esta forma, los libros de autoayuda que prometen la felicidad, las terapias pseudopsicológicas que buscan conseguir el nirvana o que prometen hacer desaparecer la ansiedad, no serían sino formas “profesionales” de aumentar más ese efecto de cronificación de los problemas psicológicos y una extensión cultural de la evitación experiencial, además de equipararse al paradigma biomédico de erradicación de síntomas.

2.2. Principios esenciales de ACT

Como ya hemos descrito anteriormente, ACT asume que los eventos privados no son causas, sino que son productos inevitables de la historia personal. El individuo intenta evitar sus emociones y pensamientos, pero estos no son la causa de sus problemas, sino cómo han llegado a formarse y qué función tienen en su mantenimiento actual. El objetivo durante la terapia, por tanto, no estaría en alterar la forma o contenido de estos eventos privados, sino en alterar la función de evitación que suelen tener, y hacerlo a través del cambio de contingencias que se manejen en el contexto social-verbal que se da durante la psicoterapia. De este modo, se busca que el repertorio de la persona pase a ser más flexible, y esta pueda construir un horizonte que tenga un significado vital y personal, que se traduzca en vivir una vida que merezca la pena ser vivida.

La intervención estaría dirigida a transformar las funciones vía relacional-verbal de sus propios comportamientos públicos y privados, para generar un estado de flexibilidad psicológica definida como una clase funcional/operante de responder a la propia conducta desde un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica del “Yo” (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes, y Bond, 2015), desmantelando así las funciones aversivas o perniciosas del lenguaje sobre la vida de las personas. En otras palabras, se intentaría conseguir que el individuo no actuase “cegado” por los pensamientos o emociones, y condujese su vida hacia un horizonte lleno de posibilidades, para que pueda vivir como realmente quiere y buscar los propósitos vitales que confieren sentido a su vida.

Esto conlleva necesariamente el hecho de que esta terapia se centre en los valores personales, pero no entendidos como una serie de reforzadores que aparecen en un catálogo y él pueda elegir cuáles quiere; sino que se pueden considerar como reforzadores que se establecen verbalmente desde las primeras interacciones de la historia personal y serían aquellos que más han sido reforzados a lo largo de esa historia. Los valores, aunque son reglas verbales que el individuo se autoaplique, en ACT se consideran desde un punto de vista más existencial y ligados a la autotranscendencia o al verdadero sentido y propósito vital para cada persona. Los valores se entienden como direcciones, no como objetivos finales alcanzables, por lo que un valor sería un camino, un proceso, una dirección (en la que se está o no se está),

pero nunca se alcanza. Este valor es lo que otorga importancia a la vida y da sentido al malestar. Explicaría el hecho de que actuar en determinada dirección otorgue significado a cada acción que llevamos a cabo, por ejemplo, soportar durante años el malestar haciendo una tesis doctoral por el significado que comprende terminarla, pero el valor mismo no está en terminarla sino en llegar a ser un gran profesional y desarrollar el camino mientras, en aprender y disfrutar a la vez que se hace.

Otra fundamentación de ACT, que tiene su principal diferencia con otros modelos, es que su filosofía se basa en la aceptación en lugar del cambio o control como estrategias terapéuticas. Hablaríamos de aceptar lo que no se puede cambiar y el compromiso con vivir una vida valiosa, asumiendo que el dolor está inherentemente ligado a la condición humana. Por tanto, el objetivo de ACT es generar un repertorio más flexible en el cliente sin que sus eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones) le impidan alcanzar sus propósitos vitales (Hayes, Masuda, Bond, Masuda, y Lillis, 2006). Además, ACT propone la aceptación de los eventos privados temidos, puesto que el intento de controlarlos es contraproducente a largo plazo, para que a través de esta aceptación permita al individuo involucrarse en acciones valiosas.

Como paso inicial en la terapia, y para ir logrando que el cliente deje de evitar, lo que hasta ahora era su patrón habitual, se utiliza el procedimiento denominado “desesperanza creativa”. Esta consiste en validar la experiencia real del cliente, sus emociones, la situación por la que está viviendo, y hacer explícito que lo único que no ha funcionado es la estrategia que emplea hasta ahora para solucionar sus problemas. El control o reducción de sus síntomas no ha funcionado, tan solo lo hace a corto plazo, pero aumenta y mantiene a largo plazo el dolor y el sufrimiento. En términos de la RFT, el terapeuta trata de derivar funciones aversivas a esos intentos de control de su experiencia privada y a su estrategia de evitación. Por otro lado, el terapeuta deriva funciones reforzantes a los intentos de aproximación a valores en presencia del malestar. En suma, progresivamente el terapeuta empleará metáforas y ejemplos (funcionalmente equivalentes a la historia de cada cliente) donde sea evidente que hacer lo mismo no funciona, que evitar aumenta aún más el problema, y que luchar contra sus eventos privados es contraproducente. El propósito es que su experiencia sea el árbitro absoluto hacia donde le han llevado sus intentos de solucionar su problema, para abandonar una estrategia que no ha funcionado y que esté dispuesto a probar algo diferente para conseguir algo nuevo. El terapeuta va a extinguir, y a bloquear, los

nuevos intentos de evitación que se produzcan durante la terapia, permitir que el individuo continúe en su repertorio de evitación le conduciría a no vivir la vida que quiere.

Con la desesperanza creativa, al principio cabe la posibilidad de que los clientes se sientan perdidos, aturdidos, engañados por el proceso terapéutico, puesto que es contrario a lo que la cultura promueve, la evitación y las herramientas disfuncionales que la sociedad ofrece. Los clientes también pueden sentirse confundidos, porque el camino que han seguido ya no les parece viable y además sienten que han malgastado mucho tiempo y esfuerzos en ejecutar planes de acción que no han funcionado. Una de las preguntas que se pueden utilizar en la desesperanza sería: *“¿Cómo te ha funcionado la estrategia que has usado? ¿Qué te dice tu experiencia cuando haces eso? ¿Estás más cerca o más lejos de la vida que quieres?”*. En ningún momento se tiene que convencer al cliente de que la evitación no funciona o que debe de abandonar el control y la lucha. Es la propia persona, quien ha de obtener esas conclusiones a lo largo del diálogo socrático y las metáforas. Su experiencia tiene que ser el termómetro de cuándo es el momento para estar listos y adoptar un cambio, aunque el terapeuta puede hacer más probable ese cambio terapéutico derivando nuevas funciones hacia dejar de luchar, aceptar las emociones y pensamientos, y clarificando nuevos valores.

El trabajo terapéutico con ACT se centra en flexibilizar el repertorio del cliente para que aprenda a estar en contacto con sus eventos privados, y que estos no le impidan alcanzar un horizonte valioso y trascendental en su vida. A través de los ejercicios experienciales, las metáforas y las paradojas se utilizan durante las sesiones de manera continuada para cambiar la manera en la que el cliente se relaciona con sus pensamientos y emociones.

El propósito es alterar las funciones aversivas del lenguaje, creando nuevos aprendizajes relacionales, y extender estas nuevas relaciones a otras áreas de su vida cotidiana para que se produzca la generalización funcional de los objetivos terapéuticos. Esa generalización supone la transformación de funciones ya descrita anteriormente, es decir, al cambiar una nueva relación contextual-verbal se cambia también la función a la que estaba asociada. Estos cambios permitirán también que la persona contacte con las contingencias directas en su ambiente, no esté pendiente exclusivamente de evitar su malestar, y promueva un nuevo repertorio más flexible y saludable para su vida cotidiana.

2.3. Procesos de ACT y el hexaflex

Desde ACT y la RFT se ha elaborado un esquema formal y gráfico de los distintos procesos que fundamentan la inflexibilidad/flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2008). Este esquema gráfico, denominado *hexaflex* y desarrollado por Wilson (2007), serviría como un modelo ilustrativo donde agrupar los distintos procesos al evaluar al individuo, para tratar en mayor o menor medida cada uno de ellos a lo largo del proceso terapéutico. De esta forma, desde una primera evaluación de los procesos de “inflexibilidad”, a lo largo de la terapia debería conseguirse cambiarlos a procesos de “flexibilidad”, a través del entrenamiento en cada uno de ellos, en mayor o menor medida en que lo necesitase el cliente.

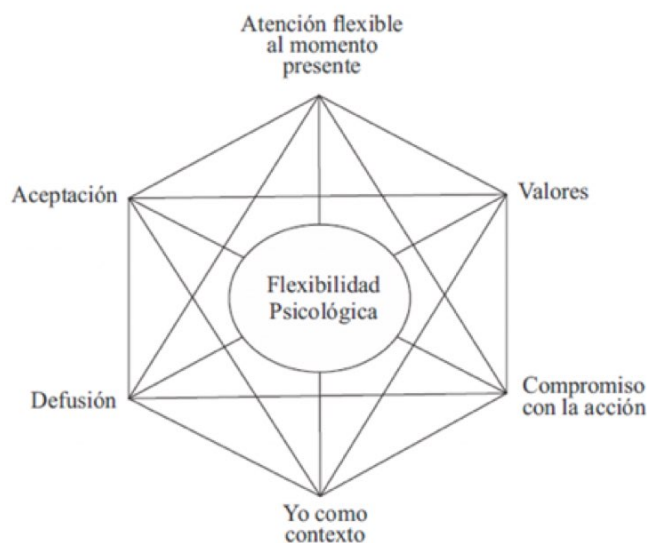


Figura 2.2. Esquema del modelo de salud y factores de flexibilidad psicológica según el esquema del hexaflex desde ACT.

Esos procesos clave serían: aceptación, vivir el momento presente, el yo como contexto, la defusión, los valores personales, el compromiso y la acción. Levin, Hildebrandt, Lillis y Hayes (2012) realizaron un metaanálisis de 66 estudios de componentes basados en laboratorio, que evaluaban los elementos y procesos de

tratamiento del modelo de flexibilidad psicológica que subyacen en ACT. Encontraron efectos positivos para la aceptación, la defusión, el momento presente, los valores, en comparación con las condiciones sin esos procesos. Se podría afirmar que algunos de esos procesos están involucrados, o que median el cambio en las demás variables dependientes. Aunque es la evitación experiencial la que está significativamente involucrada en una amplia gama de trastornos psicológicos, asumiendo pues su papel mediador del cambio, como parece demostrarse en muchos estudios (Hayes et al., 2006).

No obstante, y tal como se argumenta durante toda la tesis, el hexaflex es un modelo teórico general, no tiene una fundamentación en la RFT en todos sus procesos, y no necesariamente tiene que conducir a la flexibilidad psicológica o a la mejoría clínica. Es un modelo interesante en algunos aspectos relevantes como la aceptación y los valores, pero se debe entender más como una guía introductoria, conceptual, a la hora de entender el proceso psicoterapéutico de ACT, con algunos de los componentes importantes a conseguir en el cambio terapéutico. Sin embargo, no debe usarse como guía psicopatológica, ni ejecutar estos procesos de forma topográfica, sin haber efectuado previamente un análisis funcional individual y ver qué variables contextuales están manteniendo el problema. Individualmente se ha valorar qué componentes del hexaflex pueden ser pertinentes utilizar para los objetivos propuestos tras esa primera recogida de información y análisis funcional.

Siguiendo la descripción de Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, y Pistorello (2013), los seis componentes de flexibilidad psicológica en el esquema del hexaflex serían los siguientes:

1. *Aceptación*: Es un proceso momento a momento que consiste en abrazar activamente los eventos privados evocados en el momento, sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma, especialmente cuando hacerlo paradójicamente aumenta el malestar psicológico. Por ejemplo, a un cliente con ansiedad se le invita a que permita sentir lo que está sintiendo y la observe, dándose cuenta de lo que hace su cuerpo, qué pensamientos aparecen y a dónde le conducen esos pensamientos y emociones. El propósito es abandonar la lucha por evitar algo que es inevitable, las emociones y pensamientos. La aceptación no es tolerancia pasiva o resignación, es un comportamiento intencional que altera las funciones de las experiencias internas y los intentos de supresión, y se enfoca en esa experiencia, interesándose en ella, permitiéndose sentir lo que está ocurriendo, con interés, curiosidad y como proceso

clave para empezar a vivir una vida valiosa en la que la persona tenga el control de su vida y no de sus eventos privados. Es entonces cuando la persona elige qué hacer y no son sus eventos privados los que controlan eso. La aceptación en última instancia es un cambio funcional y permite además transformar o cambiar la forma de los eventos emocionales.

2. *Valores*: En ACT los valores se definen como consecuencias elegidas, construidas verbalmente, de patrones dinámicos y evolutivos de actividad para los cuales el reforzador predominante se vuelve intrínseco al patrón de comportamiento en sí mismo (Wilson y Dufrene, 2009). Los valores son direcciones valiosas que nunca se alcanzan, al contrario que los objetivos. Se está o no se está en la dirección, pero nunca se llegan a alcanzar, por lo que se considera una dirección y no un destino. Ser un buen profesional no es un resultado que se pueda obtener de manera fija como un título académico. Es un proceso continuo en el que requiere acciones para seguir siendo buen profesional (formación, seguir trabajando, etc.). El día a día en el trabajo puede ser duro, pero reforzante a la vez, si ello tiene un significado trascendental en la vida de la persona (realización personal, mantener a la familia, pagar facturas). Por tanto, los valores no se eligen en un catálogo y tampoco son universales, aunque compartamos muchos de ellos con los demás seres humanos y como miembros de una cultura común, sin embargo, son personales e intransferibles y dependen de la historia personal de cada individuo. Los ejercicios de ACT utilizan los procesos de aceptación, defusión, momento presente, etc., para despejar el camino y que los clientes se encuentren más cerca de la vida que quieren (por ejemplo, familia, relaciones, trabajo). Al elegir las direcciones de vida que son significativas, las personas pueden desconectar de los procesos verbales que conducen a conductas basadas en reglas de cumplimiento, en la evitación o en la fusión con los eventos privados. Se trata de cambiar hacia acciones más adaptativas de regulación conductual, para crear repertorios más flexibles que permitan vivir una vida con significado.

3. *Yo como contexto*: ACT busca dismantelar el apego al Yo-contenido (nuestras historias fusionadas y evaluativas sobre quiénes somos) y promover el contacto con un sentido de relaciones deícticas basadas en el "yo / aquí / ahora / tú / allí / entonces / aquí" de la experiencia cotidiana. Así, según la experiencia directa y consciente, aparece el "Yo" como contexto, siempre ha estado presente, trascendiendo roles, pensamientos, emociones, e incluso la experiencia del propio cuerpo. Dicho de otra manera, este sentido del "Yo" es experiencialmente trascendente y sin forma (dicho

en términos más orientales, no es nada / todo). La RFT proporciona una explicación científica de cómo surge ese “Yo” como contexto de carácter verbal y social (McHugh, Barnes-Holmes, y Barnes-Holmes, 2004). Un sentido del Yo trascendente alienta a los clientes a experimentar sus propios pensamientos y sentimientos, y a no identificarse con el Yo-contenido (por ejemplo, pensamientos del tipo "soy un fracasado", "estoy triste"). El Yo como contexto se fomenta en ACT mediante ejercicios de atención plena, metáforas y procesos experienciales, donde se invita al cliente a que observe quién está observando esta experiencia, diferenciando quién observa y qué observa.

4. *Defusión*: Este proceso implica la creación de contextos no literales y no evaluativos que disminuyan las funciones aversivas de los eventos cognitivos, para aumentar el contacto con el proceso continuo de relacionarse con los pensamientos como actividad, en vez de relacionarse con su contenido. Dicho de otra manera, el enfoque está en notar conscientemente el pensamiento a medida que se produce. Se asume desde ACT que una gran parte de los problemas cognitivos está en el control común ejercido por palabras y emociones sobre otras conductas, de forma que el individuo confunde y reacciona de la misma manera ante las palabras que ante los eventos en sí mismos. Se trataría en la defusión de separar el control funcional ejercidos por ambos, que se vean como separados, y el individuo no reaccione a las palabras (o pensamientos) con las emociones subsiguientes. Por ejemplo, cuando un cliente con una experiencia traumática habla o piensa en esa experiencia, inmediatamente se emociona y reacciona a esa estimulación verbal (sea privada o pública) como si fuese la estimulación del suceso mismo cuando ocurrió. Con los ejercicios y metáforas del proceso de defusión, el terapeuta intentará que el cliente pueda describir esa experiencia, pero no reaccione a las palabras, y no esté pegado con sus palabras y emociones. Algunos ejemplos de técnicas de defusión incluyen “dar las gracias a la mente” cuando aparezca un pensamiento indeseable, “ver cómo pasan los pensamientos como si estuvieran escritos en hojas que flotan en una corriente”, repetir palabras en voz alta hasta que solo quede el sonido (desliteralización), o escribir los pensamientos en papeles para observarlos. Los clientes pueden practicar etiquetando el proceso de pensar (por ejemplo, "Tengo la idea de que seré siempre un fracasado"), y practicar comportarse de una manera alternativa a lo que dice el pensamiento, es decir, que el pensamiento no se convierta en una barrera física real y no hacerle caso literal (por ejemplo, decir "No puedo caminar" mientras que uno camina por la habitación). El

objetivo es no alterar la frecuencia o forma del pensamiento, sino aprender a que la persona no se deje llevar por el contenido de esos eventos privados.

5. *Contacto con el momento presente*: El contacto con el momento presente implica centrar la atención de manera voluntaria, intencional, flexible y sin juicios en lo que está sucediendo aquí y ahora. Implica regular la atención momento a momento y significa ponerse en contacto con lo que está ocurriendo tanto dentro del cuerpo como fuera. El objetivo es conseguir que el individuo sea más sensible a las contingencias, a los eventos externos y privados que le están sucediendo, esté centrado en el presente, en vez de estar continuamente pensando en el pasado o en el futuro. Desde ACT se promueve la observación ecuaníme de las reacciones ocasionadas por estos eventos en el momento presente, como experiencias que están en continuo cambio y no son permanentes. En el momento presente, el sentido del “Yo” como proceso se experimenta como una serie siempre cambiante de conciencia de los eventos psicológicos, sean pensamientos, emociones o sensaciones corporales.

6. *Compromiso y acción*: La acción comprometida implica cambios de comportamiento que mueven al cliente hacia metas consistentes con sus valores. El propósito es que exista una congruencia entre la importancia de los valores y los pasos que da a lo largo de las semanas de tratamiento. Si bien los valores nunca pueden alcanzarse por completo, se hace explícito el compromiso de acción que involucran objetivos concretos a corto, medio y largo plazo, para que el nuevo repertorio adquirido en las sesiones se mantenga a largo plazo. Por ejemplo, un valor podría ser cambiar de trabajo, y una acción comprometida puede ser hacer entrevistas de trabajo, presentar currículos, formarse, etc. ACT fomenta el desarrollo de repertorios más flexibles, realización de acciones efectivas vinculadas a los valores elegidos, y que alteran las funciones vinculadas a la inacción, procrastinación, pereza, comodidad y la impulsividad o la persistencia evitativa. Supone el objetivo terapéutico a conseguir en las fases finales de ACT, puesto que se busca que el individuo haya creado nuevas reglas y nuevas relaciones de su contexto verbal, teniendo como valores aquellas reglas personales que haya elegido, que camine y realice acciones efectivas en dirección a esos valores. Si el individuo lo consigue al final de la terapia, será capaz de continuar por sí solo todo el proceso, tendrá efecto a largo plazo, y la congruencia con esos valores le acompañará durante toda la vida, aunque existan momentos difíciles y recaídas, sabrá orientar de nuevo el rumbo hacia lo que le importa.

2.4. Evidencia de la ACT

La ACT es la terapia de tercera generación que más apoyo empírico ha recibido en los últimos tiempos (Ruiz, 2010). La evidencia de la utilidad de ACT ha crecido recientemente, mostrando resultados prometedores para numerosas condiciones clínicas.

Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis (2006) en su revisión más citada sobre la evidencia en la correlación de los diferentes estudios, componentes, procesos de cambio y comparaciones de resultados, muestran que la evidencia disponible sugiere que ACT funciona a través de procesos diferentes, por encima de las comparaciones de tratamientos activos, incluida la TCC tradicional (Levin y Hayes, 2009). Levin, Hildebrandt, Lillis y Hayes (2012), examinando el impacto de los componentes de tratamiento sugeridos en ACT, encontraron tamaños significativos de efectos positivos para la aceptación, defusión, momento presente, valores, componentes de atención plena mixtos y valores, en comparación con los resultados de otras condiciones experimentales. En su revisión, Ruiz (2010) concluye que la evitación experiencial está relacionada con un amplio espectro de trastornos psicológicos y que los protocolos basados en las estrategias de aceptación son más eficaces que los basados en el control. Asimismo, ACT es eficaz en un amplio rango de condiciones clínicas. En el metaanálisis de A-Tjak et al. (2015) los resultados generales indican que ACT es un tratamiento más efectivo que el habitual o placebo, y que ACT puede ser eficaz en el tratamiento de trastornos de ansiedad, depresión, adicción y problemas de salud somática. En el metaanálisis de Powers, Vörding y Emmelkamp (2009) se encontró que ACT fue superior a las listas de espera, grupo de control y los placebos (tamaño del efecto = 0.68) y al tratamiento habitual (tamaño del efecto = 0.42).

En el entorno de trabajo, Bond y Bunce (2000), desde hace casi 20 años, han obtenido resultados positivos tanto en el rendimiento laboral de los empleados como mejoras en el bienestar psicológico en el área de trabajo.

En otra investigación, Butryn, Forman, Hoffman, Shaw y Juarascio (2011) para mejorar la actividad física en 35 participantes, encontraron que el grupo ACT mejoró sus niveles de actividad de manera superior a otra condición experimental activa en solo dos sesiones. Forman, Butryn, Hoffman, y Herbert (2009) realizaron una intervención para la pérdida de peso en 12 semanas con 29 participantes con implicaciones en la aceptación para la mejora de las demás variables dependientes (pérdida de peso,

impulsividad etc.). Con respecto a las actitudes estigmatizantes, Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero (2004) examinaron los resultados de una intervención multicultural con ACT, mostrando resultados positivos en la mejoría de las actitudes estigmatizantes tras el programa.

Los autores Hernández López et al. (2009), compararon la eficacia de un programa de intervención para dejar de fumar frente al modelo tradicional TCC, encontrando resultados superiores en una muestra con 43 participantes. Luciano, Páez-Blarrina, y Valdivia-Salas (2010) han demostrado la eficacia de ACT para reducir el consumo de sustancias también, teniendo como objetivo la evitación experiencial y el análisis funcional contextual del comportamiento. Luciano, Valdivia-Salas, Gutiérrez-Martínez, Ruiz, y Páez (2009) describen tres protocolos breves basados en la aceptación aplicados a adolescentes con diferentes barreras psicológicas en diferentes situaciones de sus vidas (hábitos sexuales saludables, el rendimiento en promesas de ajedrez y adolescentes con conductas antisociales e impulsivas). En los tres protocolos los resultados fueron satisfactorios.

En eventos vitales estresantes y trastorno de estrés postraumático, ACT ha obtenido resultados positivos (Gold, Dickstein, Marx y Lexington, 2009). Para tratar la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer ha obtenido también resultados positivos (González-Fernández, Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero y Pérez-Álvarez, 2018; Montesinos, Hernández y Luciano (2001). Kohtala, Lappalainen, Savonen, Timo y Tolvanen (2015), mostraron la eficacia de un programa breve de 4 sesiones con ACT para reducir los problemas depresivos en una muestra de 28 participantes. Encontraron que los participantes en el grupo ACT mejoraron en las variables de depresión y fueron consistentes con las mejorías a largo plazo. Además, obtuvo mejores resultados que el grupo en lista de espera. En una revisión sistemática de ACT para el tratamiento de la ansiedad, Swain, Hancock, Hainsworth, y Bowman (2013) encontraron que ACT ha sido empíricamente validada para un amplio espectro de trastornos de la ansiedad en una muestra con 323 participantes. En otra revisión y metaanálisis sobre la aceptación en trastornos de la ansiedad y depresión, Vøllestad, Nielsen, y Nielsen (2012), incluyeron 19 ensayos clínicos, con una muestra total de 491 pacientes, con resultados positivos en ansiedad y depresión, con mejores resultados en pacientes con trastornos de pánico y ansiedad generalizada. ACT también ha mostrado su eficacia en formato breve para adolescentes con problemas en el comportamiento e impulsividad (Gómez et al., 2014). En esta investigación, ACT en formato breve fue aplicado con 5 adolescentes de

15-17 años, que anteriormente ya recibieron tratamiento sin ninguna mejoría. En este protocolo breve con ACT de 4 sesiones resultó exitoso para promover la responsabilidad personal en dirección a valores y mayor regulación del comportamiento por parte de los adolescentes a través de la desesperanza creativa y defusión. En el seguimiento a 1 año, mostraron cambios consistentes en áreas como la familia, relaciones sociales y logros académicos.

Por último y como mención especial, ACT se ha mostrado especialmente más eficaz en casos de dolor crónico (Graham, Gouick, Krahe, y Guillanders, 2016; McCracken y Vowles, 2008) donde la aceptación del dolor predice un posterior afecto positivo (Esteve, Maestre y López Martínez, 2007). En otro metaanálisis con una muestra total de 1235 pacientes con dolor crónico encontraron que la aceptación es una alternativa eficaz para personas que sufren dolor (Veehof, Oskam, Schreurs y Bohlmeijer, 2011). Asimismo, la aceptación del dolor explica una parte significativa de la varianza en 8 diferentes medidas de funcionamiento. En dolor crónico, es el tratamiento de elección, con resultados iguales o superiores a los tratamientos establecidos y con diferencias sustanciales en los seguimientos con respecto a los demás modelos. En temas similares relacionados con la salud, Dahl, Wilson y Nilsson (2004), en un programa breve de tratamiento de 4 sesiones, los participantes en la condición de tratamiento en la condición ACT redujeron los días de baja por enfermedad y una utilización del tratamiento médico significativamente menor en comparación con los participantes en la condición tratamiento médico usual. Este tipo de resultados tiene implicaciones económicas también para la sociedad, lo que ofrece ventajas al aplicar ACT en estos contextos.

Finalmente, Lappalainen et al. (2007) encontró curiosamente que los terapeutas entrenados con ACT son más eficaces que los terapeutas TCC, aunque los terapeutas ACT en un primer momento se mostraran con más miedo. Los clientes tratados con ACT mostraron mejores resultados que los clientes del grupo de TCC.

Aunque ACT parece una aproximación eficaz, efectiva y eficiente, se necesita más investigación que se centre en la calidad de vida y los procesos de cambio para comprender el valor de ACT y su naturaleza transdiagnóstica. Aunque la mayoría de los estudios de eficacia se hacen a partir de categorías diagnósticas, es más difícil probar su eficacia transdiagnóstica. El hecho de que la evitación experiencial pueda ser un elemento común o categoría transdiagnóstica a una gran variedad de problemas psicológicos, y que pueda considerarse la evitación experiencial como el denominador

común a la psicopatología humana, hace que los estudios de eficacia sobre ACT deban alejarse de las categorías diagnósticas clásicas, y adoptar otras estrategias de comparación que permitan dilucidar los mecanismos de cambio efectivos, y las variables realmente causales que se logran cambiar con estas estrategias del paradigma del contextualismo funcional.

3. Aplicaciones de ACT en el trabajo

El promedio de tiempo que pasa el ser humano en el entorno laboral puede suponer al final de su trayectoria un tercio de sus vidas. El trabajo es una de las áreas más influyentes en la vida de las personas, siendo un vehículo para ser una fuente de reforzamiento, autoestima, valía y autorrealización, pero también frustración, tristeza, agonía, desesperanza, etc. El riesgo de sufrir malestar psicológico puede ocurrir en todas las esferas de la vida y debido a la gran cantidad de tiempo que se invierte en el trabajo, se convierte especialmente en el tendón de Aquiles de muchas personas. La angustia psicológica está aumentando para los empleados (Awa, Plaumann y Walter, 2010), alcanzando una prevalencia del 40% en algunos sectores (Stride, Wall y Catley, 2007).

Los empleados que experimentan malestar y agotamiento a menudo experimentan problemas de salud que deriva en problemas asociados con la salud mental (Stalker y Harvey, 2002). Existe hoy día una preocupación generalizada por el impacto individual, organizacional y social sobre los problemas de salud mental entre las poblaciones trabajadoras (Hardy, Woods y Wall, 2003). Además, tanto el estrés en el trabajo como el estrés que supone perder el empleo, se han asociado con un mayor riesgo de mortalidad y enfermedades coronarias (Morris, Cook y Shaper, 1994). A pesar de esta evidencia, solo una pequeña proporción de empleados con dificultades recibe intervención psicológica (Hilton et al., 2008) y alrededor del 75% de las personas que padecen un problema de salud mental nunca recibirán ningún tipo de ayuda psicológica (Seymour y Grove, 2005). Por esta razón, diseñar estrategias y modelos que mejoren la calidad de vida de los trabajadores debe ser uno de los propósitos principales de la psicología. La clave está en la prevención y el diseño de patrones culturales de comportamiento más efectivos, donde el refuerzo de la “psicopatología” no llegase a acontecer (Skinner, 1953/1970).

Las empresas con visión de futuro crean y cultivan un entorno de trabajo saludable dando un ejemplo a sus empleados a través de la propia conducta del líder (líder transformacional), facilitando un espacio seguro donde se intercambian ideas sin juicios, que se reconozcan los méritos de los empleados. En suma, establecer un lugar de trabajo equilibrado, seguro, donde la comunicación bidireccional favorezca el éxito personal y empresarial. Este tipo de liderazgo promueve y favorece el “ser” en lugar de “tener”, creando relaciones genuinas y cuidando el valor humano, la creatividad en lugar del producto o la rutina, favoreciendo la cooperación en lugar de la competitividad, la promoción de líderes a través de una red humana que valora el camino y el proceso y la mirada a largo plazo, en lugar de solo un jefe en una jerarquía que busca resultados a corto plazo.

El primer ensayo clínico aleatorizado que se realizó siguiendo la primera publicación de la ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) fue una intervención en el entorno laboral (Bond y Bunce, 2000). Desde entonces, las evidencias en este campo se han ido optimizando gracias a las investigaciones en los laboratorios de psicología básica, incorporando la RFT (Hayes, Bond, Barnes-Holmes y Austin, 2006), junto con los hallazgos en la psicología clínica y viceversa. El propósito final es diseñar intervenciones más efectivas.

Como intervención contextual y funcional, ACT representa fielmente los valores de esta filosofía de ciencia basada en la evidencia. Dada la temática de esta tesis, se detallan en el siguiente apartado la adaptación e inclusión de la flexibilidad psicológica al área organizacional, las investigaciones realizadas en este campo y los componentes esenciales para mejorar la salud laboral.

3.1. Modelo de flexibilidad organizacional

Como en cualquier otro contexto, cuando las personas trabajan aparecen pensamientos, emociones y situaciones indeseables, lo que puede ejercer un gran efecto en la salud general de los trabajadores, además de repercutir en el rendimiento económico de las empresas. En las últimas dos décadas se han realizado numerosas investigaciones examinando el impacto de intervenciones basadas en el contextualismo funcional, y en concreto ACT (Zettle y Hayes, 1987). La ACT es la más representativa de las terapias de la tercera generación (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 2012; Wilson y

Luciano, 2002), centradas en la flexibilidad psicológica, definidas como la capacidad de persistir en una conducta hacia un horizonte valioso aun en presencia de pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones desagradables (Bond, Flaxman y Bunce, 2008). ACT ha justificado su eficacia en numerosas condiciones (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis, 2006), incluyendo su eficacia en el lugar de trabajo (Bond y Bunce, 2000) gracias a su versatilidad a la hora de aplicar los principios del aprendizaje también a otros entornos no clínicos.

ACT también se ha adaptado a las necesidades del entorno organizacional (Hayes, Bond, Barnes-Holmes y Austin, 2007) usando los mismos principios que han demostrado su utilidad en otros contextos. Siendo objetivos, el primer ensayo aleatorizado siguiendo la primera publicación de ACT se llevó a cabo en el contexto laboral. Bond y Hayes (2002) adaptaron ACT para adaptarse a un protocolo de manejo del estrés, orientado al entrenamiento en habilidades para promover la flexibilidad psicológica, con el propósito de identificar, priorizar y perseguir valores y metas de los empleados. Sus resultados indicaron que los niveles de aceptación más altos en los trabajadores predijeron una mejor salud mental y mayor rendimiento laboral, un año después.

El modelo de flexibilidad psicológica en el trabajo ha adaptado el esquema del *hexaflex* a las necesidades del entorno organizacional (ver Figura 2.3) con el propósito de ser más práctico y preciso para este entorno. Estos procesos de cambio terapéutico han sido adaptados al contexto laboral siguiendo la propuesta inicial de los autores que han desarrollado este modelo (Bond, Lloyd, Flaxman, y Archer, 2016). Los seis componentes se detallan a continuación:

1) *Propósitos y objetivos (purpose and goals)*: Este proceso que comúnmente se conoce por “valores” en ACT sería la brújula para acercar a las personas hacia la vida que quieren vivir, y permanecer en esa dirección. Esos valores se intercambian y adaptan en el contexto laboral como “propósitos y objetivos”. Existe una misión en el trabajo diario de una organización o una visión común que conduce hacia unos objetivos, que son las acciones que se llevan a cabo cada día. También las organizaciones tienen el propósito de satisfacer una necesidad social (empresa de *marketing*, hospital, colegio, policía, etc.). Todas las empresas tienen como misión o propósito cubrir una necesidad o aportar algo a las personas y al mundo. También, cada empleado tiene un propósito en la empresa: autorrealización personal, pagar facturas, viajar con su familia con el dinero de la empresa, ayudar con su labor a otras personas,

etc. Por tanto, la empresa tiene una misión, y el empleado tiene otra en la empresa. A veces, sobre todo en periodos de estrés o crisis personal o empresarial, el propósito se empieza a hacer borroso y es preciso esclarecerlo de nuevo o replantear el propósito inicial. Tener el propósito claro o un horizonte por venir, ofrece sentido tanto a la empresa como al empleado, y merece la pena luchar por ese propósito. Por ejemplo, el trabajo diario atendiendo al público puede suponer una fuente de estrés, sobre todo en ciertos periodos clave, pero si tanto la empresa como los trabajadores tienen claro los “propósitos y objetivos” para los que trabajan, como puede ser ofrecer un servicio público, ayudar en los trámites difíciles en la administración, facilitar la vida de quienes piden ayuda, etc., entonces esos propósitos pueden guiar el trabajo aun teniendo estrés.

2) *Definición del proyecto (project definition)*: Se reemplaza en este contexto laboral por compromiso y acción del hexaflex. Esto implica acometer acciones para obtener algo nuevo y producir cambios, con la finalidad de estar más cerca de la dirección vital deseada. Definición de proyecto se refiere esencialmente, a cualquier objetivo de la organización basado en la filosofía de la empresa, por lo tanto, un proyecto podría ser un nuevo producto, una nueva estrategia de recursos humanos o un cambio organizativo. Esta definición de proyecto se considera un proceso que debe dar como resultado: la definición del problema, la especificación del plan del proyecto que describe el enfoque para el análisis, diseño y finalización del plan. Es importante destacar que, y en consonancia con ACT, el proceso de definición del proyecto pone un énfasis considerable en identificar el resultado deseado y asegurar que esté claramente vinculado al propósito de la organización. Por lo que existe un compromiso por alcanzar y adecuarse al plan establecido y tomar acciones cada día en dirección a ese proyecto, independientemente de las dificultades que puedan aparecer, las dudas, pensamientos, sensaciones, emociones, etc., porque el equipo se ha comprometido a un proyecto.

3) *Múltiples alternativas (multiple alternatives)*: Es la opción que se intercambia por “Yo-contexto” del hexaflex. Contemplar múltiples perspectivas o alternativas permite valorar el impacto de las decisiones que se puedan tomar sobre los empleados y la comunidad. Por tanto, explorar múltiples ideas es la mejor forma de llegar a una solución y es también llamado “*design thinking*” (Martins, 2009) que evalúa y modifica las soluciones a los problemas en función de las circunstancias, y que se adapta a las necesidades cambiantes del momento. Es una manera flexible y previsor de contar con varias perspectivas con el objetivo de valorar las consecuencias y ofrecer la mejor solución a través de la adaptación.

4) *Diseño de trabajo efectivo (effective work design)*: En lugar de la defusión del hexaflex, que altera las funciones de los eventos sin cambiar la forma de los mismos, en términos organizacionales la forma en que las personas se relacionan con sus tareas de trabajo puede tener un gran impacto en la salud mental y física. Por ejemplo, según la teoría de Theorell y Karasek (1996) sobre la demanda-control, personas con alta demanda en sus trabajos, pero con alto control (científicos, dentistas) es más probable que tengan un manejo óptimo del estrés. Sin embargo, personas con alta demanda en sus trabajos y poco control (camareros, cocineros), puede desencadenar y desembocar en problemas graves de salud. Por lo tanto, si el trabajador no actúa fusionado a sus pensamientos y existe un buen diseño de trabajo (alta demanda, pero alto control), las personas podrían cambiar el contexto en el que experimentan sus experiencias internas. Las organizaciones pueden crear un contexto que permita a las personas gestionar su trabajo de la mejor forma posible, por ejemplo, en la que el empleado se organice el tiempo de la forma más conveniente, pudiendo conciliar vida personal y vida laboral. Si el empleado tiene la capacidad de poder cambiar su entorno, para adaptarse a las particularidades de su empleo, le ofreceríamos mayor control sobre este, lo que resulta un buen predictor a la hora de enfrentar situaciones difíciles. Cada vez son más las empresas que se suman a esta metodología de horarios flexibles que ha obtenido resultados superiores al de horarios fijos e inflexibles.

5) *Apertura al malestar (openness to discomfort)*: El hexaflex muestra la utilidad de aceptar y estar dispuesto a estar en contacto con esas emociones. Su sinónimo en el contexto laboral conlleva la misma apertura. Las empresas pueden evocar retos y emociones indeseables a las personas. Coordinar un equipo para alcanzar una meta conjunta no siempre es fácil y puede conducir a momentos de tensión y estrés. En esta posición, el jefe tiene que liderar a través de dar ejemplo, estando dispuesto a estar en contacto con el malestar al servicio de los propósitos y valores de la organización. Por lo que este líder se encuentra en la misma dimensión que los demás trabajadores, facilitando la expresión emocional, la cercanía y la igualdad. Que el jefe tenga problemas y los exprese, puede constituir un modelo a seguir para los demás, para fomentar también la aceptación en lugar de tratar de controlar las emociones, suprimirlas o el fingir estar siempre bien y animado, que es antinatural.

6) *Conciencia (awareness)*: Sería el equivalente a estar en el presente en el aquí-ahora. Este proceso simboliza mantener la conciencia del sistema y de los recursos humanos. Esto conlleva el desarrollo de políticas y prácticas que funcionen para

entender las circunstancias de la empresa y de lo que esté ocurriendo momento a momento. Por ejemplo, las encuestas del personal, buzón de sugerencias, etc., sirven para obtener informaciones realistas de lo que ocurre en la empresa. Con este propósito se monitorizan las necesidades de los trabajadores a todos los niveles de la organización, manteniendo una retroalimentación constante sobre las necesidades y los resultados de la empresa, para aprender de lo que está ocurriendo y llevar a cabo las decisiones adecuadas. Al adoptar una perspectiva consciente, las personas tienen la capacidad de enfocarse menos en evitar, reprimir o controlar las experiencias internas difíciles o no deseadas, lo que favorece la salud mental (Baer, 2003; Hayes et al., 2006). Se ha demostrado también que cuando las personas no invierten sus recursos cognitivos en tratar de controlar o suprimir sus eventos internos, pueden responder de manera efectiva en el trabajo (Bond y Bunce, 2003). Con el tiempo, tales respuestas efectivas producirán repertorios de comportamiento flexibles para un mejor desempeño y una mejor salud.

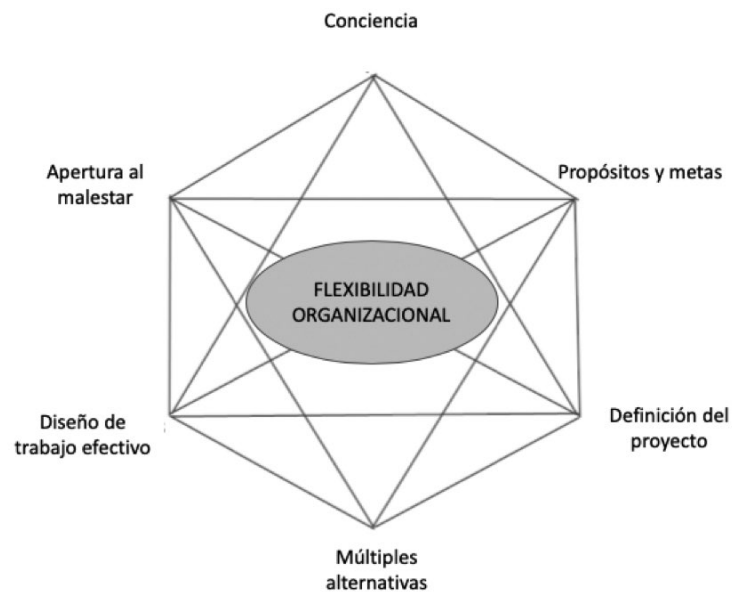


Figura 2.3. Esquema del hexaflex de ACT aplicado al trabajo terapéutico buscando la flexibilidad organizacional dentro del contexto laboral.

3.2. Eficacia de ACT en el trabajo

Debido a la creciente necesidad y la alta prevalencia de problemas derivados de contextos organizacionales, desde hace algunas décadas se han elaborado intervenciones que puedan responder a los desafíos de este entorno que supone una gran carga para los trabajadores a lo largo de toda la trayectoria profesional. Se han desarrollado modelos teóricos y puesta en marcha de intervenciones destinadas a ayudar a mejorar la salud mental en entornos de trabajo (por ejemplo, Bunce, 1997; Meichenbaum, 1985; Murphy, 1996; Richardson y Rothstein, 2008).

Un modelo que ha atraído el creciente interés de los investigadores y mostrando resultados prometedores en el contexto laboral ha sido ACT, que pone especial énfasis en la función en lugar de alterar la forma o frecuencia de los pensamientos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, 2006). A diferencia de los enfoques más tradicionales, que tienden a centrarse en modificar los eventos psicológicos directamente, ACT busca alterar la influencia del comportamiento ante esos eventos o la manera de relacionarse con esos eventos a través de una combinación de estrategias orientadas a la aceptación y a la persecución de valores (Hayes, Villatte, Levin, y Hildebrandt, 2011).

El entrenamiento en ACT en el entorno organizacional ha demostrado su eficacia en diferentes problemáticas. La primera intervención siguiendo la primera publicación de ACT fue llevada a cabo por Bond y Bunce (2000) mostrando resultados satisfactorios para mejorar la salud mental. Un poco después, los mismos autores (Bond y Bunce, 2003) realizaron un estudio longitudinal, para medir la influencia de la flexibilidad psicológica en la salud mental y el rendimiento de los trabajadores sobre 400 personas de los servicios financieros del Reino Unido. Los trabajadores entrenados en flexibilidad psicológica tuvieron menos errores en el trabajo con respecto al grupo control. Poco después, en las siguientes investigaciones (Bond y Flaxman, 2006; Flaxman et al., 2013; Hayes et al., 2004; Lloyd et al., 2013) se investigó el grado en que la flexibilidad psicológica es el mediador del cambio en las variables de salud general. Asimismo, para aprender nuevas habilidades en el trabajo, la flexibilidad ha mostrado resultados prometedores en 448 empleados. En otra investigación, Flaxman y Bond (2010) encontraron que el 69% de los empleados redujeron de manera significativa los niveles de estrés. También Brinkborg et al. (2011) realizaron un entrenamiento en ACT, para mejorar la salud mental de trabajadores sociales en Suecia, donde un grupo de

trabajadores altamente estresados mostraron de manera significativa mejoras en el estrés laboral y *burnout* en un 42%. Otros autores como McCracken y Yang (2008) encontraron que la flexibilidad psicológica es un aliado para combatir el estrés y el funcionamiento general en la vida diaria, entre un grupo de 98 empleados en Singapur.

El cuestionario AAQ, empleado en esta intervención para su evaluación, resultó ser el mejor predictor en 6 de 10 indicadores del bienestar en los empleados. También, respecto al *burnout*, Vilardaga et al. (2011) con 699 participantes en USA, encontraron que la inflexibilidad psicológica fue un predictor del *burnout* en empleados. Resultados similares se han encontrado con trabajadores sanitarios (McConachie, McKenzie, Morris, y Walley, 2014; Noone y Hastings, 2010; Waters, Frude, Flaxman, y Boyd, 2018) y con enfermeras (Frögéli, Djordjevic, Rudman, Livheim y Gustavsson, 2015; Stafford-Brown y Pakenham, 2012). Para reducir el *burnout* y el estigma en un entrenamiento multicultural, el estudio de Hayes et al. (2004) obtuvo mejoras estadísticamente significativas y estables en el seguimiento de la salud de los trabajadores.

También ha demostrado resultados positivos el hecho de utilizar biblioterapia basada en ACT en el lugar de trabajo, mostrando mejoras significativas en la salud psicológica, en comparación con aquellos en una condición de control de lista de espera (Jeffcoat y Hayes, 2012). Además, estas lecturas actuaron como un factor de protección para aquellos que no se encontraban estresados. La lectura de biblioterapia de ACT hizo que fueran mucho menos propensos a sufrir malestar con el tiempo.

Otro hallazgo clave que se ha obtenido en las intervenciones con ACT es el descenso de los días de baja por enfermedad y el menor uso de recursos de tratamiento médico en trabajadores del sector de salud pública (Dahl, Wilson y Nilsson, 2004). Las investigaciones apuntan a que no solo ACT mejora la salud general de los empleados, sino que además mejora el rendimiento (Moran, 2011).

Estos ensayos controlados aleatorios muestran que el aumento de la flexibilidad psicológica es uno de los mecanismos explicativos en intervenciones de ACT para la mejora del rendimiento de forma muy significativa. No obstante, aunque el modelo ACT sugiere esta flexibilidad psicológica como un mecanismo de mediación, no todas las investigaciones que examinan los resultados de ACT respaldan esta afirmación (Niles et al., 2014). Por otro lado, los estudios de ACT muestran un patrón de mejora demorado, más a largo plazo, que puede atribuirse en parte a este enfoque hacia una

mayor aceptación y conciencia del malestar, por lo que los beneficios son más consistentes a largo plazo (Luoma, Kohlenberg, Hayes, y Fletcher, 2012).

3.3. Limitaciones del hexaflex y su medición

El entrenamiento ACT se entiende como un recurso en lugar de como un tratamiento y fomenta el desarrollo de habilidades para promover la salud en el trabajo, además el propósito es que sus efectos se extiendan y trasladen a la vida personal de cada persona. No obstante, las intervenciones en poblaciones con niveles moderados de malestar tienen un mayor efecto (Flaxman y Bond, 2010) pero potencialmente se pueden beneficiar todas las personas en general, actuando como un factor de protección y promoción de la salud frente a futuras dificultades.

No obstante, no siempre es fácil adaptarse a las necesidades de las empresas y es preciso tanto adaptar el lenguaje de la clínica (tratamiento por intervención/formación) para llegar al público, además de integrar los protocolos con los elementos que les importa a las organizaciones. Para ello, una opción es agrupar ACT en programas breves de entrenamiento, orientados a abordar problemas específicos de la empresa (resiliencia, *mindfulness*, inteligencia emocional, etc.). En estos contextos, resulta clave adaptar el lenguaje tanto a las necesidades prácticas de la empresa como a un lenguaje sencillo, accesible y libre de prejuicios.

Realizando un recorrido reflexivo por las investigaciones sobre ACT, podemos considerar el hexaflex y los 6 procesos como una herramienta útil en determinadas circunstancias y situaciones, debido a su atractivo en la aplicación práctica y por su sencillez. No obstante, no todos los procesos tienen un respaldo en la RFT ni son propuestos como mecanismos causales del cambio terapéutico. La flexibilidad psicológica como mecanismo de mediación tiene que tomarse con cautela debido a que es muy probable que existan otros mecanismos de cambio implicados en la intervención con ACT que todavía no han sido definidos. Se han observado cambios también en la flexibilidad psicológica en otras intervenciones que usan procesos diferentes a ACT, lo que, por un lado, permite afirmar que quizás otras intervenciones produzcan flexibilidad desde otras estrategias de intervención diferentes, o bien que existan otros mecanismos, además de la flexibilidad como causas de ese cambio (Niles et al., 2014).

Por otro lado, el cuestionario comúnmente empleado para evaluar esa flexibilidad, el *Cuestionario de Acción y Aceptación* (AAQ-II; Bond et al., 2013) ha sido correlacionado en otros estudios, más como una medida de malestar que de flexibilidad (Tyndall et al., 2018; Wolgast, 2014), lo que abre el debate de nuevo sobre cuáles serían los mecanismos de cambio en ACT.

Se ha desarrollado también, una versión del AAQ en el entorno laboral (Bond et al., 2013), denominado *Cuestionario de Acción y Aceptación Relacionado con el Trabajo* (WAAQ) para evaluar la flexibilidad psicológica en contextos de trabajo. En comparación con el AAQ-II, la medida específica del trabajo se correlacionaba significativamente más con las variables específicas del trabajo (por ejemplo, el desempeño de la tarea, el compromiso laboral y la satisfacción laboral). En contraste, el AAQ-II correlaciona más con las variables de salud mental y personalidad (Tyndall et al., 2018).

4. Aplicaciones de ACT en el entorno educativo

El *Análisis del Comportamiento Aplicado* (ABA) desde hace varias décadas ha demostrado su eficacia para abordar problemáticas comportamentales. El núcleo filosófico de ACT y otros enfoques dentro de la ABA es la filosofía de Skinner del conductismo radical, donde el comportamiento se analiza en unidades funcionales para lograr los objetivos científicos. Esta filosofía de ciencia, arraigada en el pragmatismo y la visión de que la Psicología es la ciencia del comportamiento, ha generado intervenciones para una variedad de temas que van desde lo académico, lo social y las dificultades de la vida. Los primeros ejemplos de enfoques analíticos del comportamiento en entornos escolares incluyen la enseñanza de habilidades matemáticas (Kirby y Shields, 1972) o la enseñanza de habilidades conversacionales (Minkin et al., 1976).

Poco después, la *Ciencia del Comportamiento Contextual* (CBS) se derivó del análisis del comportamiento para intentar aliviar el sufrimiento humano tras los descubrimientos sobre la equivalencia de estímulos y la cognición humana de la RFT. Este enfoque sobre los entornos educativos tiene el potencial de producir grandes cambios y resultados significativos tanto para los educadores como para los estudiantes. Con el propósito de predecir y tener influencia en el bienestar, es crucial la construcción

de un sistema filosófico que organice los hallazgos con respecto al bienestar psicológico y la flexibilidad psicológica a través del paraguas del contextualismo funcional (Biglan y Hinds, 2009). ACT se encuentra arraigada en el análisis del comportamiento y sus aplicaciones han sido útiles para mejorar la salud en diversos contextos, y lógicamente también han tenido su réplica y extensión en el contexto educativo. Los principios de aceptación, atención plena, defusión, valores, toma de perspectiva flexible y acción comprometida, que ya hemos explicado anteriormente, tienen utilidad directa cuando se presentan individual o colectivamente dentro de un ambiente escolar (Szabo y Dixon, 2015).

ACT emplea una terminología aparentemente sencilla mediante el uso de ejercicios experienciales, metáforas, paradojas que se pueden adaptar a la historia de cada persona sin necesidad de abordar la problemática directamente gracias a la derivación de funciones y el uso de marcos de coordinación. Por lo tanto, ACT es una estrategia particularmente útil para enseñar a los jóvenes maneras flexibles de relacionarse con sus pensamientos y emociones, además de enseñar habilidades para la vida. Los seis procesos centrales (ver apartado de ACT y el hexaflex) involucran el desempeño exitoso tanto en la salud de los estudiantes y personal docente como del rendimiento académico. Construir un repertorio flexible donde los pensamientos y emociones no se conviertan en barreras físicas que impidan una vida significativa y elaborar un compromiso estableciendo acciones para cubrir objetivos y alcanzar una dirección valiosa, es el corazón de las intervenciones desde ACT en este contexto. Como se ha visto en otros apartados, los objetivos de ACT no difieren en cuanto a la función de promover cambios y dismantelar las funciones aversivas del lenguaje que impiden el comportamiento hacia una dirección coherente. En el Estudio 4 (Capítulo 8) se podrá observar la adaptación llevada a cabo al contexto educativo a través de la combinación de las dos terapias contextuales ACT y FAP (FACT).

4.1. Estudios sobre ACT en el entorno académico

En este apartado se analizan las investigaciones realizadas con ACT en contextos educativos, lo que demuestra la utilidad potencial del modelo con resultados positivos en el bienestar de los estudiantes y en el rendimiento académico, tanto niños como jóvenes y adultos universitarios. Podría considerarse su aplicación de manera

universal a través de proyectos de investigación orientados a mejorar los procesos clave que compartimos todos los seres humanos, además de promover patrones conductuales que en un futuro serán problemáticos (evitación experiencial o inflexibilidad psicológica).

En un metaanálisis sobre las aplicaciones de ACT con niños y adolescentes (Swain, Hancock, Dixon y Bowman, 2015) identificando 202 artículos empíricos, han analizado la utilidad de ACT en el contexto educativo y han demostrado la utilidad de este modelo para mejorar el bienestar educativo en diferentes problemáticas: como el dolor crónico, el trastorno obsesivo compulsivo, el comportamiento desafiante, la ansiedad, el autismo, los trastornos relacionados con los tics, la depresión, problemas con el comportamiento sexual, el estrés, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno por estrés postraumático. De estos artículos empíricos el 75% de las intervenciones de ACT se realizaron en un formato de uno a uno, y el 25% restante se llevó a cabo en formato grupal. Una de las primeras investigaciones aplicando ACT en el entorno educativo (Keogh, Bond y Flaxman, 2006) obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la mejora del rendimiento académico y salud de los estudiantes del grupo experimental con 209 estudiantes. Después de esta pionera intervención han surgido otras más recientes, obteniendo resultados positivos en el rendimiento académico (Chase et al., 2013) y en la tasa de graduación (Sandoz, Kellum y Wilson, 2017). Dixon (2013) ha descrito una serie de resultados con respecto a lo que parece ser la primera escuela fundamentada que comparte los principios de ACT. En su informe, Dixon menciona una variedad de medidas de cambio que habían sido mostradas por los estudiantes en su conjunto, que incluyeron un aumento en la asistencia, mejoras en el promedio de calificaciones, mejor comportamiento en clase y una mayor flexibilidad psicológica. El autor sugiere que cuando ACT se convierte en parte de su educación cotidiana ocurre un cambio significativo y duradero incluso en los jóvenes más problemáticos.

La biblioterapia de ACT en estudiantes también ha resultado ser eficaz en aquellas personas en los participantes que recibieron el libro con estos ejercicios y metáforas. Los participantes del estudio (n=70) mostraron significativamente mejores resultados en la variable de salud mental tanto en el post como en el seguimiento, y las mejoras en los resultados se relacionaron con el aprendizaje sobre el modelo de ACT (Muto, Hayes y Jeffcoat, 2011). También ACT ha mostrado su eficacia a través de una plataforma *web* (Levin, Haegger, Pierce y Twohig, 2016; Viskovich y Pakenham,

2018). Los participantes (n=79) que recibieron ACT mejoraron en salud mental, ansiedad general, ansiedad social, depresión, y preocupaciones académicas. El estudio de Räsänen et al. (2016) vía *online* también se obtuvieron resultados positivos en los estudiantes (n=68) en bienestar general, mayor satisfacción con la vida, mejor estrés y síntomas de depresión en comparación con el grupo de control. En otro estudio de Eustis et al. (2018) comprobó en un ensayo clínico aleatorizado la eficacia de comparar una terapia basada en la *web* (n = 78) frente a un grupo control en lista de espera (n = 78) para la ansiedad en estudiantes. Este autor encontró resultados positivos para la ansiedad general, depresión y calidad de vida con respecto al grupo que no recibió intervención, además de mantenerse los efectos en el seguimiento de un mes.

Grégoire, Lachance, Bouffard y Dionne (2018) realizaron una intervención con estudiantes (n=72) que mostraron una mayor flexibilidad psicológica, mejor bienestar y compromiso escolar, menores síntomas de estrés, ansiedad y depresión tras el entrenamiento en ACT en comparación con los del grupo de control (n=72). El mismo grupo de investigación con anterioridad (Grégoire et al., 2016), replicó en tres universidades de Canadá su intervención de 4 semanas, mostrando mejorías en flexibilidad psicológica y salud mental en los estudiantes. Los resultados de este estudio sugieren que una intervención basada en ACT ofrece de un modo eficaz la promoción de la salud mental y la participación escolar en adolescentes, al igual que señalan otras investigaciones con resultados positivos que mejoran la participación, el éxito académico (Casuso-Holgado et al., 2013), y también ayuda a prevenir el abandono escolar (Friedricks, Blumenfeld y Paris, 2004).

Como investigación relevante y pionera en los procesos básicos para determinar la importancia de algunos procesos centrales de la RFT en la práctica clínica de ACT, destacamos el trabajo de Luciano et al. (2011) donde se compararon dos ejercicios de defusión típicos (marcos deícticos y jerárquicos) con 15 adolescentes con problemas de conducta en una escuela de educación secundaria. Ambos ejercicios mostraron resultados positivos, aunque el grupo que recibió el segundo protocolo obtuvo mejores resultados. En otra intervención del mismo grupo (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Ruiz y Páez Blarrina, 2009) describieron tres protocolos con objetivos diferentes, pero componentes funcionales comunes de ACT: un grupo de adolescentes recibió el primer protocolo para aumentar un comportamiento sexual más seguro; un segundo protocolo ideado para jóvenes jugadores de ajedrez; y el tercer protocolo se aplicó a los adolescentes con comportamientos impulsivos y antisociales. En los tres protocolos los

resultados fueron positivos. Estos resultados además son congruentes con los obtenidos en población adulta sobre la importancia de los marcos jerárquicos (Foody et al., 2013).

Block y Wulfert (2000) compararon la terapia cognitivo-conductual en formato grupal con ACT en 11 estudiantes universitarios con ansiedad para hablar en público. La ansiedad solo disminuyó en el grupo ACT y además los participantes del grupo ACT mostraron una mayor disposición para participar en las situaciones temidas. En otra investigación, Stafford-Brown y Pakenham (2013) realizaron una intervención con 56 estudiantes graduados y se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en el estrés, satisfacción y organización personal, con implicaciones además en el desarrollo de su futuro profesional. En otro ensayo aleatorizado, Djordjevic y Frögéli (2012) compararon los efectos de una intervención de ACT *versus* tratamiento usual (TAU) en estudiantes de enfermería. Los participantes de ACT (n=112) mostraron aumentos significativos en el compromiso laboral, la salud, además de la percepción de estrés y agotamiento, con resultados estables en el seguimiento tres meses después. En otro estudio de Erawati, Triredjeki y Sarwono (2018) con participantes de primer curso de enfermería (n = 37) obtuvieron una mejoría en el fortalecimiento de las habilidades de los estudiantes de afrontamiento y proponen esta opción como parte del programa en la Universidad. Livheim et al. (2014) encontró reducciones significativas en los niveles de estrés y depresión después de 8 sesiones de ACT grupales en comparación con TAU. También ACT ha probado su eficacia combinándose con FAP, a través de una intervención psicoeducativa breve resultando en mejorías en los resultados académicos y ansiedad (Cattivelli, Musetti y Perini, 2012; Tirado et al., 2005).

También ACT ha demostrado su eficacia en otros problemas sociales en estudiantes y adolescentes, por ejemplo, para reducir los prejuicios. Lillis y Hayes (2007) realizaron una investigación en la que los universitarios se dividieron en dos grupos; uno recibió una conferencia educativa sobre prejuicios raciales y el otro una sesión basada en ACT. Solo el grupo de ACT demostró un aumento en las intenciones de comportamiento positivo en el seguimiento. También se ha aplicado para el manejo de la ira con resultados prometedores (Eifert, McKay y Forsyth, 2006), donde además el enfoque no es el control de la ira o experimentar dicha emoción, sino en cómo responder a esta experiencia. En otra investigación la aceptación demostró resultados positivos para reducir los niveles de depresión en estudiantes (Danitz, Suvak, Orsillo, 2016). La intervención en ACT se centra en la aceptación y el desarrollo de habilidades para responder a la ira de forma más adaptativa, que a su vez conduce a resultados de

conductas prosociales y consistentes con los valores personales de cada estudiante. La extensión de este programa se puede aplicar a cualquier emoción en futuras investigaciones.

Con respecto a las aplicaciones del *mindfulness* con adolescentes, el entrenamiento en atención plena puede ayudar a los adolescentes a desconectarse de los pensamientos estresantes y concentrarse en el momento presente (Biegel et al., 2009), así como a promover un mayor cuidado personal y una mejor capacidad de sueño (Wall, 2005), equilibrando así los efectos negativos del estrés.

Por otro lado, es importante también tener en consideración a los que se encargan de educar, pues en los profesores también se han obtenido resultados positivos mediante el entrenamiento en ACT para psicólogos educativos que se encargan a la formación de estudiantes (Gillard, Flaxman y Hooper, 2018). Todos estos hallazgos son consistentes con los encontrados en población adulta y en otros contextos diferentes (Flaxman y Bond, 2010).

En resumen, y en la misma dirección de la revisión de Halliburton y Cooper, (2015), las terapias basadas en la aceptación se han vuelto populares para abordar las problemáticas que surgen en la adolescencia. Se han utilizado componentes basados en la aceptación para tratar a adolescentes resultando en una mejoría de los síntomas depresivos y un mejor funcionamiento en varios dominios (por ejemplo, emocional, social, etc.) (Casier et al., 2011). Los adolescentes con dolor crónico que se sometieron a una terapia basada en la aceptación disminuyeron la ansiedad y aumentaron la asistencia escolar (Gauntlett-Gilbert, Connell, Clinch y McCracken, 2013). A los adolescentes con tricotilomanía se les administró una terapia de comportamiento con elementos de aceptación, lo que resultó en una disminución en la extracción del cabello y reducción de la angustia (Fine et al., 2012). Theodore-Oklota, Orsillo, Lee y Vernig (2014) utilizaron un protocolo basado en la aceptación con adolescentes agresivos y encontraron que los participantes del tratamiento utilizaron las habilidades de resolución de problemas con más frecuencia que el grupo control.

4.2. Consideraciones éticas para mejorar la salud en el ámbito académico

Los estudiantes al igual que otros sectores de la población, pueden experimentar dificultades (sobrecarga académica, problemas financieros en el ambiente familiar,

competitividad con compañeros, comparaciones, preocupaciones por el futuro, conflicto en las relaciones, presión por tener éxito, etc.). Afrontar estas situaciones de una manera que no sea limitante para el desempeño de las tareas académicas y conciliar la vida estudiantil y personal, es el papel fundamental de las intervenciones en el ámbito académico. Asimismo, debería ser prioritario ofrecer estrategias que puedan ser predictoras a largo plazo de una mejor salud general. Por ejemplo, a través de habilidades que vayan encaminadas a reducir la inflexibilidad psicológica o bien disponer de un repertorio más amplio y flexible para estar en contacto con los eventos privados, de forma que no perjudique el alcanzar una vida satisfactoria. Los resultados de la aplicación de ACT y de otras terapias contextuales como FAP en el contexto académico son alentadores al igual que prometedores. Aunque la flexibilidad psicológica sea la piedra angular de la salud psicológica y contribuya a un mejor funcionamiento de la vida de las personas, también existen intervenciones que obtienen resultados positivos sin centrarse en los seis procesos esenciales del hexaflex. Por lo que las líneas de investigación irán orientadas en los próximos años a alcanzar un modelo transdiagnóstico basado en la evidencia de los procesos que producen las mejorías clínicas. El futuro se encuentra en la replicación de esos procesos y programas en diferentes poblaciones y culturas para ofrecer una mayor validez a los resultados que se están obteniendo.

Como afirman Szabo y Dixon (2015) es posible extender el contextualismo funcional a otras áreas, compartiendo la misma filosofía de ciencia de trasfondo. Podemos percibir el entorno educativo como un contexto más donde es posible realizar cambios de la misma magnitud que en otros contextos en los cuales se llevan realizando intervenciones durante años. Al demostrar la eficacia de ACT y de otros planteamientos que siguen una filosofía contextual en poblaciones no clínicas, es preciso continuar con este legado en áreas educativas con el propósito de poder prevenir repertorios disfuncionales en la adultez, y de ahí la importancia de intervenir en edades más tempranas. Los repertorios evitativos y la inflexibilidad psicológica se fraguan en edades tempranas a través de múltiples ejemplos, y finalmente se convierten en clases funcionales de problemáticas más severas que interrumpen la vida de las personas cuando son adolescentes y luego de adultos. Elaborando una metáfora, consistiría en edificar de manera sólida al ser humano, para que a medio o largo plazo esas edificaciones no presenten problemas cuando pase un tiempo (goteras, humedades, desprendimientos), aunque la solución que se proponga pueda ser bastante más costosa

que una edificación poco cuidada en el momento de la construcción. Es preciso redirigir el comportamiento en las edades infantiles hacia otros puntos, que no conlleven la construcción de una serie de hábitos perjudiciales, como la evitación experiencial.

Aunque podamos curar los pulmones de las personas, si vuelve a habitar en un entorno contaminado con polución, gases y humos, no servirán esos cambios a largo plazo, es preciso tener en cuenta las variables contextuales que mantienen el problema. Por lo que, se le puede dar una mascarilla a los estudiantes para que vivan en entornos contaminados (enseñanza de estrategias). Pero si de verdad el propósito es producir cambios profundos, es obligatorio poder producir cambios a niveles políticos, escuelas, hospitales, etc., para que se reduzca esa contaminación. Si el modelo imperante se encarga en enseñar “psicología positiva” entre otras estrategias, estamos diseñando pautas que no serán efectivas a largo plazo, ya que suponen una evitación continuada, lo que a largo plazo contribuirá a peores condiciones de salud mental y psicológica para nuestra sociedad. Las intervenciones que se propongan deben de estar basadas en una comprensión integral del sufrimiento y del ser humano en su contexto biográfico, y con una visión a largo plazo tanto del individuo como de la sociedad, donde la financiación de políticas educativas desemboque en un mayor beneficio para todos.

5. La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)

La *Psicoterapia Analítico-Funcional* (FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991, 2009) es una terapia de conducta basada en el análisis funcional de la conducta y el conductismo radical de Skinner (1953/1970,1974/1975). Esta terapia produce los cambios a través de contingencias de reforzamiento de manera natural, una relación espontánea que surge dentro de la relación terapéutica que se considera cercana, íntima y de alta implicación emocional. Este modelo integrador y transdiagnóstico opera a partir del supuesto de que gran parte de la psicopatología o el sufrimiento humano es de naturaleza interpersonal, y la relación terapéutica es un elemento clave y esencial para lograr una mejoría clínica. Se otorga un énfasis analítico en la descripción del comportamiento en términos de funciones en lugar de topografías (Hayes y Follette, 1992) y los creadores de esta psicoterapia: Kohlenberg y Tsai (1991, 2009) no especificaron técnicas de tratamiento concretas o un protocolo de FAP fácilmente replicable; más bien, explicaron tres tipos de conductas en las que fijarse y cinco reglas funcionales para guiar al terapeuta. Los

autores de este enfoque integran su propuesta con un análisis funcional tradicional en contextos clínicos (Ayllon, Haughton y Hughes, 1965; Ferster, 1973) que incluye de manera novedosa y original el moldeamiento (reforzamiento de aproximaciones sucesivas hasta un criterio de conducta) del repertorio disfuncional que muestra el cliente durante la sesión clínica, empleando la relación terapéutica como modelo de relación interpersonal que sirva para generalizar lo que ocurre dentro de la terapia a la vida cotidiana del cliente.

Esta terapia fue desarrollada tras analizar las mejorías que iban más allá de los objetivos iniciales de la terapia cognitivo-conductual, pues encontraron que los mejores progresos clínicos sucedían con aquellos con los que se estableció una relación terapéutica intensa y comprometida. Estos autores aplicaron conceptos conductuales para explicar el vínculo con estos hallazgos y explicar la conexión entre las mejorías intensas y el procedimiento para conseguir esas mejorías (Kohlenberg y Tsai, 1995).

La evidencia empírica muestra que FAP es un enfoque eficaz para lograr mejorías clínicas en diferentes entornos y condiciones (Kanter et al., 2017). Esta aproximación ha sido diseñada con el propósito de ayudar a clientes que no mejoraban significativamente con la terapia tradicional con marcados problemas interpersonales y sociales. Al mismo tiempo, poder explicar también cómo algunos clientes que recibieron terapia estándar mostraron transformaciones imprevistas e intensamente marcaron sus vidas, mucho más allá de las expectativas habituales de tratamiento. Cada uno de estos casos que mejoró muy sustancialmente comprendía una relación terapeuta-cliente emocional e intensa. Este modelo trata de explicar estas relaciones entre terapeuta y cliente mediante un análisis radical del comportamiento (Skinner, 1945, 1953, 1957, 1974). El conductismo comprende una teoría contextual que pone en tela de juicio una realidad fija, adoptando el monismo y pragmatismo como su criterio de verdad (Hayes, Reese, 1988; Roche, 1999). Este enfoque contextual-funcional se elabora para comprender al ser humano en base a la historia personal única de cada individuo que concibe la realidad como un producto del contexto. Por lo tanto, todo ser humano se comporta en base a las contingencias de refuerzo que han experimentado en las relaciones del pasado (Kohlenberg y Tsai, 1994) y las mejoras clínicas o el cambio psicoterapéutico, también implican contingencias de refuerzo de manera natural que ocurren en la relación entre el cliente y el terapeuta. De esta forma, en FAP en el proceso psicoterapéutico se enfatiza la historia personal, única e intransferible de cada

individuo. FAP ha registrado y hecho explícito los comportamientos que el terapeuta tiene que encarnar para provocar el cambio del cliente.

5.1. Las conductas clínicamente relevantes

La FAP está concebida como un enfoque conductual, pero en particular basado en el contextualismo funcional para abordar los problemas clínicos complejos que ocurren en la vida diaria. Estos comportamientos problemáticos pueden ser observados, evocados y moldeados contingentemente por los terapeutas a través de una alianza terapéutica genuina que actúa como motor para la transformación clínica y obtención de resultados clínicos positivos.

FAP está concebida para abordar comportamientos que pueden ocurrir en sesión con una alta probabilidad, siendo así observados, evocados, moldeados y generalizados a la vida cotidiana. Debido a esto, FAP utiliza los principios básicos del aprendizaje para obtener el máximo rendimiento de la relación terapeuta-cliente, centrándose en el establecimiento de un repertorio interpersonal más efectivo para llevar a cabo la generalización de estas nuevas habilidades a las relaciones en las vidas de los clientes. Habría, pues, que especificar los *comportamientos clínicamente relevantes* (CCRs) para poder así aplicar los principios básicos del reforzamiento de manera contingente en la propia sesión (en vivo) mediante la correcta ejecución de un análisis funcional individual en el contexto terapéutico. Un supuesto clave en FAP es que la mayoría de los problemas de los clientes ocurren en el contexto de, o como resultado de relaciones interpersonales. Además, también sostiene que los problemas del cliente que ocurren fuera de terapia también ocurrirán en sesión.

Los objetivos clínicos de FAP son: observar y evocar comportamientos clínicamente relevantes (CCR), de forma que dividen esos tipos de comportamientos en tres: *CCR1* que serían los problemas clínicos que ocurren en la vida diaria del cliente y que han de tener su correspondencia en conductas funcionalmente similares que también ocurran dentro de la sesión; *CCR2* que serían las conductas más positivas o mejoras que deberían irse produciendo dentro de la sesión y que tendrían su reflejo en la vida diaria de ese cliente; y *CCR3* que serían las conductas verbales que describen relaciones funcionales, tanto dentro como fuera de la sesión, y actuarían también como reglas para dirigir el comportamiento futuro del cliente. A su vez, para manejar esas

CCRs, desde FAP se proponen cinco reglas terapéuticas que los profesionales han de tener siempre presente a lo largo de las sesiones, y que detallaremos más adelante: (1) observar las CCRs, (2) evocar las CCRs, (3) reforzar de manera natural las CCR2, (4) observar los efectos del terapeuta y del reforzamiento, y (5) proporcionar interpretaciones funcionales.

5.2. Relaciones entre eventos privados

Desde las terapias contextuales, y también el conductismo radical, los eventos privados no tendrían características o cualidades diferentes a otros tipos de comportamientos. Lo que el individuo piensa, siente, recuerda o sueña son conductas también, por lo que estas terapias se articulan en torno a su importancia y se abordarán como objetivos de cambio. La diferencia fundamental respecto a otras concepciones psicológicas más mentalistas o cognitivas, es que son unas conductas como otras, relacionadas entre ellas, pero que necesitan explicarse a su vez, y esa explicación se encuentra en la historia, en cómo se han aprendido esas conductas privadas y en las contingencias actuales que las mantienen, es decir, en su función.

Las explicaciones cognitivo-conductuales han dado un esquema de análisis de los problemas psicológicos basados en la relevancia solo de los procesos cognitivos como causa de los demás comportamientos. Son características de esta teoría los esquemas que muestran relaciones entre A (evento antecedente); B (creencia o pensamiento); C (comportamiento o emoción consecuente). Se asume una secuencia lógica sobre cómo puede aparecer un antecedente, luego un pensamiento y finalmente una reacción de miedo. Por ejemplo, ocurre un ruido por la noche en una casa (A), aparecen pensamientos de “me están robando” (B) y aparece una consecuencia de miedo (C). En este caso existe una contigüidad entre A-B-C, apoyando la hipótesis cognitiva de que (B) es la causa de (C). Aunque realmente no debería pensarse en una hipótesis de causalidad, debido a que el pensamiento no es la causa de la emoción, el hecho de que temporalmente ocurra antes no implica necesariamente causalidad. En otra persona que tenga otra historia de aprendizaje diferente, puede ocurrir ese mismo ruido (A), pero, aunque aparezca algún pensamiento de “me están robando” (B), no aparece miedo (C). Quizás en el primer ejemplo, la persona ha tenido una historia de vivir en un lugar con muchos robos, o quizás ha presenciado algún robo, o le han

contado que roban en la zona. Sin embargo, en el segundo ejemplo quizás la persona no tiene experiencia con robos, no aparece en su historia ese contenido, por lo que no aparece la emoción. En este caso podemos desmontar la hipótesis cognitiva, pues el pensamiento no es la causa de la emoción, dependerá de la historia de cada individuo. Además, desde William James se afirma que puede ocurrir lo contrario: oír un ruido, salir corriendo y luego sentir la emoción de miedo, incluso posteriormente tener el pensamiento ansioso sobre lo que ha pasado. Asimismo, si intentamos cambiar (B) con otros pensamientos como “solo es el viento”, funcionará a corto plazo, pero al tiempo volverán las preocupaciones sobre “me están robando”, seguirán apareciendo debido a que se han configurado en la historia de la persona, y el hecho de intentar cambiar los pensamientos pueden aumentar su frecuencia e intensidad (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004). El objetivo terapéutico aquí, estaría en enseñar a la persona a vivir con sus pensamientos (B), sean de la naturaleza que sean, observe si le están robando a través de su experiencia (ir a comprobar), o que permanezca con esos pensamientos sin necesidad de comprobar. En cualquier caso, no se busca alterar el pensamiento (B), para que cambie la conducta (C), porque sería un reforzamiento negativo y contribuiría a mantener la problemática a largo plazo. En resumen, se busca que el cliente aprenda a convivir con los eventos privados que le aparezcan, y que estos no le limiten para vivir una vida coherente con lo que la persona quiere.

También pueden ocurrir que las emociones (C) ocurran en ausencia de antecedentes (A) o que ocurran los antecedentes (A) y aparezcan a la vez las emociones (C) y los pensamientos (B). También se pueden dar más combinaciones, como que aparezcan pensamientos (B) en ausencia de antecedentes (A), o que aparezcan emociones (C) en ausencia de antecedentes (A). O que aparezcan emociones (B) y no aparezcan emociones (C).

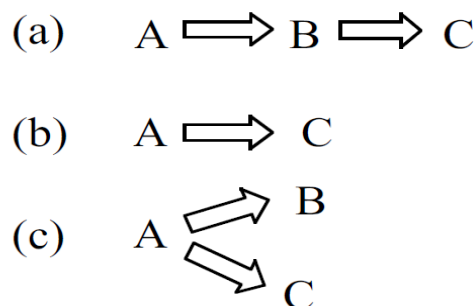


Figura 2.4. Esquema de las diversas relaciones entre conductas (Kohlenberg y Tsai, 1991)

En definitiva, dentro de las terapias de tercera generación con base en el análisis experimental del comportamiento, el esquema A-B-C se encuentra en un continuo y no existe causalidad entre la cognición y las consecuencias. La cognición como tal, puede no desempeñar un papel relevante en los problemas clínicos, más bien estaría en la manera de afrontar la vida, en las decisiones que la persona toma en presencia de determinados pensamientos y emociones. En consecuencia, los métodos de terapia cognitiva serán de una efectividad cuestionable y variable con diferentes clientes, dependiendo del papel que tengan los productos cognitivos en el problema clínico. En definitiva, el pensamiento no sería la causa de la emoción o de actuar en una dirección, solo los comportamientos que están relacionados arbitrariamente en la historia de cada individuo. Por lo tanto, existe una gran variabilidad individual. Bajo el prisma del contextualismo funcional, el pensar y el sentir serían una construcción socio-verbal y las relaciones entre eventos privados y actos, que en un principio aparecen automáticas, surgen de múltiples ejemplos en la historia de ese individuo y devienen desde las interacciones sociales.

Este enfoque contextual, las explicaciones centradas en los eventos privados entendidos como causas del comportamiento se mantienen debido al principio de causalidad contigua que se potencia por la coherencia verbal de pensar un plan, ejecutarlo y que salga bien, quedando potenciado y reforzado el “tener razón”. Además, la cultura promueve el tener razón, la coherencia verbal, la búsqueda de las causas, la literalidad y los porqués, haciendo insensible a la persona a las contingencias y favoreciendo el seguimiento de reglas verbales ineficaces a la larga.

5.3. La relación terapéutica como mecanismo de cambio en FAP

Kohlenberg y Tsai creadores de la terapia (1991, 2009) dieron cuenta de que la relación terapéutica jugaba un papel crucial en el progreso de los clientes. Estas relaciones terapéuticas son establecidas de manera espontánea en terapia, y además se aplican los principios conductuales para explicar la mejoría de estos clientes (Kohlenberg y Tsai, 1994). Esta aproximación concibe la sesión terapéutica como un espacio más de la vida cotidiana por lo que se puede combinar con casi con cualquier tipo de terapia produciendo efectos sinérgicos al combinarse FAP con otros enfoques.

Comparte ciertas similitudes, por ejemplo, con la transferencia del psicoanálisis, así como ciertas resistencias del cliente en sesión que encubren significados que no se manifiestan, todo ello, bajo el prisma de la evidencia y análisis del conductismo radical (Horvath, 2005; Kohlenberg, 2003a; Kohlenberg y Tsai, 1993; Kohlenberg, Yeater, y Kohlenberg, 1998; Tsai, Kohlenberg, y Kanter, 2010).

El concepto de alianza terapéutica se remonta a los primeros escritos de Freud (1912/1958), que abordaron por primera vez la importancia de los sentimientos de afecto entre el paciente y el terapeuta como base para cualquier futuro beneficio terapéutico. El concepto de alianza también es acorde con la teoría de Rogers (1957) sobre la empatía terapéutica, la aceptación incondicional y la autenticidad, que constituyen condiciones imprescindibles para el éxito. Los investigadores de diferentes orientaciones teóricas han evaluado la alianza terapéutica de diferentes maneras, utilizando una variedad de medidas, y han encontrado consistentemente que la alianza terapéutica es predictiva del resultado final (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000; Horvath, 2001; Martin et al., 2000). Esta noción sobre la relación terapeuta-cliente juega un papel central en el cambio terapéutico, y es omnipresente en la literatura de la psicoterapia con un apoyo empírico considerable (Martin, Garske, y Davis, 2000).

El propósito de FAP ha sido proporcionar una nueva perspectiva sobre la forma en que la relación terapeuta-cliente contribuye a los beneficios terapéuticos. Es decir, analizan esa interacción como una relación funcional con un conjunto de contingencias que se mantienen en la conducta entre ambos. Se inicia mediante observaciones clínicas de manera natural sobre la interacción del terapeuta y los efectos que produce; para luego emplear los conceptos del comportamiento para explicar estos efectos (Tsai et al., 2009). FAP ha introducido una simbiosis armónica entre el rigor científico que otorga el conductismo radical y el valor de la alianza terapéutica, con el propósito de abordar problemáticas complejas que surgen en el contexto terapéutico.

Por otro lado, este proceso terapéutico lleva a los profesionales al límite de sus propias zonas de confort, que a menudo conducen a la evitación emocional tanto de terapeuta como del cliente. Asimismo, salir de esta zona de confort y tomar riesgos está siempre guiado por la brújula de los principios de conducta, la ética y la máxima de servir al cliente en todo momento a vivir una vida más valiosa.

Dados estos supuestos, el terapeuta tiene la oportunidad única de utilizar la relación terapéutica para ayudar al cliente a desarrollar habilidades interpersonales más

efectivas, a la hora de desarrollar nuevas respuestas en vivo para su posterior generalización funcional en el contexto del cliente. En suma, el terapeuta aprovecha la interacción terapéutica como el contexto relacional y verbal en el que producir los cambios terapéuticos. Pero al actuar sobre el cliente, también este actúa sobre el terapeuta, la interacción es recíproca, y el terapeuta ha de tener siempre presente qué cambios produce en el cliente y qué cambios están teniendo lugar en su propio comportamiento, como terapeuta y como persona.

5.4. Reglas terapéuticas en FAP

La relación entre las conductas del cliente y las del terapeuta son el eje central de la intervención y el motor del cambio. Al ser una terapia de corte conductual que deriva del análisis funcional del contexto terapéutico, lo que el cliente hace es funcionalmente equivalente a cómo se comporta fuera de sesión. Por lo que es esencial observar las condiciones en las que aparecen estas conductas problema. Por tanto, esta terapia se centra en los ejemplos de las clases funcionales y operantes que ocurren o se provocan en el contexto terapéutico. El objetivo es aplicar el moldeamiento, los principios del reforzamiento natural y las contingencias necesarias para que comportamientos más efectivos para la vida del cliente se puedan generalizar.

El mecanismo propuesto para el cambio clínico en FAP es el que produce el terapeuta de manera contingente al comportamiento del cliente durante la sesión, siempre teniendo en cuenta hacerlo en dirección a los objetivos terapéuticos. Los comportamientos denominados clínicamente relevantes (CCRs), se determinan a partir de una conceptualización funcional de los problemas y objetivos informados por el cliente para la intervención (ver Kohlenberg y Tsai, 1991 y 2009, para una discusión más exhaustiva). La tarea del terapeuta en FAP es provocar y luego responder de manera contingente a las conductas problemáticas (denominadas CCR1) y reforzar conductas más adaptativas (denominadas CCR2). El terapeuta refuerza y aumenta de manera diferencial la tasa de CCR2, mientras intenta disminuir la frecuencia de CCR1. Asimismo, el terapeuta moldea y refuerza las interpretaciones funcionales que el propio cliente realiza sobre su comportamiento (CCR3).

Para lograr los objetivos terapéuticos y reforzar de manera efectiva las mejoras del cliente y responder contingentemente a los comportamientos problemáticos, el

terapeuta debe establecer una alianza terapéutica sólida y convertirse en una persona en la que se pueda confiar. El terapeuta debe convertirse en un modelo que provee de manera eficaz consecuencias sociales, bien como elogios o bien como comentarios críticos, y se convierte en un representante de la comunidad social del cliente. El terapeuta usa esta relación con el cliente para ayudarlo a desarrollar habilidades más efectivas en la propia sesión. Luego, el terapeuta hace todo lo posible para asegurarse de que el cliente intente estos nuevos comportamientos fuera de la sesión, para que el repertorio mejorado del cliente se generalice a otros entornos.

Técnicamente, las CCRs son clases de respuesta de comportamiento definidas funcionalmente, que el terapeuta ha de cambiar a lo largo del proceso y dentro de la propia sesión. Para ello ha de seguir cinco reglas, que los autores incluyen como orientaciones o instrucciones generales que el terapeuta ha de tener siempre presentes mientras desarrolla su tarea. Estas clases de respuesta aparecen en vivo, aquí y ahora en el contexto terapéutico, por lo que se detallarán las reglas a continuación para un adecuado manejo en sesión:

La regla 1 consiste en observar las CCRs: Esta regla es un recordatorio para el terapeuta FAP de que las CCRs se producirán en sesión. Un cliente que tiene problemas para llegar puntual a una cita puede acudir tarde a la terapia. Un cliente que es sumiso con los demás puede serlo también con el terapeuta. Un cliente que evita expresar sus emociones con los demás, puede actuar igual con el terapeuta. Un cliente que es impulsivo con los demás, también lo podría ser con el terapeuta. El trabajo del terapeuta FAP es observar y darse cuenta de estos comportamientos a medida que ocurren.

La regla 2 consiste en evocar las CCRs: Esta regla sugiere organizar la sesión de tal manera para que el terapeuta pueda evocar estos comportamientos en vivo. Esto se consigue generando un ambiente terapéutico que pueda provocar las CCRs, hacer que aparezcan en vivo dentro de la sesión. Si las conductas problemáticas no se dan dentro de la sesión no es posible cambiarlas. En general no hay reglas para producir esta regla, se tendrá que adaptar a la idiosincrasia de cada individuo. Kohlenberg y Tsai (1991) proponen diversos métodos evocativos: ejercicios en imaginación, las tareas para casa, libre asociación, cambio de contexto terapéutico, la estructura temporal de las sesiones, el final de la terapia, expresiones de afecto, los silencios, etc. Lo más importante es la función y no la forma de evocar esas CCRs, pudiendo adaptar diversos ejercicios y tareas de otras corrientes sin perder la función y el propósito de las herramientas que se empleen. Pero, de hecho, cualquier situación cotidiana que se dé dentro de la hora de

sesión clínica, podría evocar una CCR, por ejemplo desde una llamada de teléfono en consulta, los despistes del terapeuta, finalizar el proceso terapéutico, hasta hablar de los honorarios de la terapia.

La regla 3 consiste en reforzar de manera natural las CCR2 o mejorías del cliente: De manera contingente se ha de reforzar cualquier mejoría observada durante la sesión del cliente. Esta es la regla esencial que define el mecanismo de cambio en FAP y es el momento clave de la terapia para consolidarlo como un avance o mejoría clínica. El énfasis en FAP consiste en hacer uso del refuerzo natural y de manera inmediata y contingente, para que tenga mayor efecto. Aunque el contexto donde se encuentra el terapeuta-cliente es limitado, dado las condiciones controladas del entorno, una situación de despacho o un centro clínico, el terapeuta tendrá que ingeniárselas para evocar reacciones emocionales en los clientes y reforzar contingentemente las mejorías sin que parezca artificial este refuerzo. Generalmente el cliente va a evitar las respuestas incómodas (CCR1), y el terapeuta tendrá que volver a evocar esta reacción del cliente para moldearla y convertirla en mejoría (CCR2), por lo que los terapeutas han de desarrollar relaciones genuinas y afectuosas con los clientes, para que ese contexto verbal y emocional proporcione las condiciones de poder reforzar de manera natural.

La regla 4 consiste observar los efectos potencialmente reforzantes del comportamiento del terapeuta en relación a las CCRs de los clientes: El refuerzo se define funcionalmente, como cualquier evento que conduzca a un aumento en el comportamiento del cliente. No se define topográficamente porque sea agradable o apetitivo, sino porque aumenta la conducta a la que sigue. De esta forma, el terapeuta siempre ha de hipotetizar acerca de si lo que está empleando es reforzamiento positivo, pero solo podrá estar seguro cuando observe los cambios de comportamiento del cliente a lo largo de las sesiones. Es decir, se han de observar las propiedades reforzantes entre la conducta del cliente y la del terapeuta.

La regla 5 consiste en generar un repertorio en el cliente donde discrimine las relaciones funcionales entre las variables de control y sus propias conductas: Esto quiere decir que estas descripciones sobre lo que le pasa al cliente le va a ayudar a producir reglas más efectivas para comportarse (CCR3). Esta regla consiste en proporcionar interpretaciones funcionales de la conducta del cliente, y está destinado a resaltar que cualquier conversación terapéutica en FAP en la que se describan las funciones de lo que el cliente hace o dice, identificando antecedentes y consecuentes para la conducta objetivo del cliente (CCR2). El propósito es mejorar la generalización

de los logros obtenidos en la sesión a la vida cotidiana. Más recientemente (Tsai et al., 2008), apoyan como estrategias de generalización el hecho de establecer siempre paralelismos dentro-fuera y fuera-dentro de la sesión, aunque también se utilicen tareas para casa como una estrategia de generalización.

Estas cinco reglas ofrecen unas bases sobre la actualización continua del terapeuta durante las sesiones, puesto que: primero el terapeuta observa la aparición de la CCR1 (regla 1) o evoca una CCR1 específica (regla 2), responde de manera adecuada a esta conducta del cliente (regla 3), verifica que esta respuesta fue un refuerzo para el cliente (regla 4) y finalmente el cliente tiene la capacidad de hablar sobre lo que acaba de suceder en terapia para incluir una tarea relacionada en su vida cotidiana (regla 5).

A manera de ejemplo de esta interacción dinámica durante las sesiones, un cliente puede decir que no ha salido de casa porque estaba triste debido a una discusión familiar. Sin embargo, esta explicación está incompleta, ya que requiere información sobre las contingencias pasadas de la historia personal del cliente que expliquen la tristeza y no salir de casa. Por lo que, no todo el mundo que está triste se queda en casa, incluso no todo el mundo que discute con la familia se siente triste. Una explicación completa, incluye este tipo de información basada en el contexto y las contingencias idiográficas del cliente. Hay que tener en cuenta el contexto, ya que no existen CCR1 o CCR2 de por sí, va a depender de la historia del cliente. Aparentemente quedarse en casa triste puede parecer una conducta problema (CCR1), pero si en la historia del cliente es la primera vez que se permite ponerse triste y tomarse un respiro, sería una (CCR2). El terapeuta tendrá que emular estas contingencias dentro de la sesión y el moldeamiento hacia repertorios más efectivos para que de manera natural se produzca una generalización funcional. En este caso, el terapeuta podrá crear las condiciones necesarias para elicitación la tristeza en el cliente (CCR1) con el propósito de que la persona se relacione de una manera más adaptativa y no le ocasione problemas la tristeza con sus familiares; como por ejemplo, hablar las cosas y gestionar la tristeza sin que le impida salir de casa (CCR2), para que el cliente pueda darse cuenta que también lo hace con sus amigos y en el trabajo (CCR3) y traslade el cambio a las demás áreas.

Hay que tener en cuenta, también, que estas conductas clínicamente relevantes son definidas en colaboración con el cliente, según los objetivos de la terapia en cada momento, puesto que también pueden ir cambiando a lo largo del proceso de sesiones que se realicen. Pero estas 5 reglas serán una brújula para el terapeuta, que lo guiará en todo el proceso de intervención.

Tabla 2.1. Esquema de los principios esenciales en FAP (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994, 1995).

Conductas Clínicamente Relevantes (CCRs)
CCR1: Ejemplos en sesión de problemas de la vida diaria
CCR2: Ejemplos en sesión sobre mejorías en la vida diaria
CCR3: Comentarios del cliente sobre relaciones funcionales
Mecanismos de Cambio
El terapeuta de manera contingente responde para disminuir las CCR1 e incrementar las CCR2
Moldeamiento y Reforzamiento diferencial
Reglas
Regla 1: Observar las CCRs (Estar alerta, ser consciente)
Regla 2: Evocar CCRs (Tener coraje)
Regla 3: Reforzar naturalmente CCR2 (Ser terapéuticamente afectuoso)
Regla 4: Darse cuenta sobre el efecto de la conducta del terapeuta sobre el cliente
Regla 5: El cliente proporciona ejemplos de relaciones funcionales sobre su comportamiento y las generaliza a su vida cotidiana

5.5. Usando la conciencia, coraje, amor y conductismo para promover el cambio

Mavis Tsai en lo que puede considerarse la versión definitiva de FAP (Kohlenberg y Tsai, 2009) ha denominado a estas reglas para el terapeuta de una manera más genérica, como habilidades o capacidades del terapeuta, utilizando un vocabulario más alegórico, por lo que caracteriza a FAP como: *conciencia, coraje, amor y conductismo*. Desde esta terapia, pues, se pone énfasis en las habilidades y el entrenamiento del terapeuta, como base del cambio que este pueda producir durante la sesión.

Conciencia: Se refiere a las habilidades del terapeuta para tomar conciencia de los problemas del cliente, aprender a identificar y observar las CCRs, de forma que lo realmente importante es que el terapeuta esté consciente continuamente, momento a momento, de lo que ocurre dentro de la sesión, y sea capaz de observar cuándo ocurren las CCRs y actuar en consecuencia.

Coraje: Se refiere a la regla 2 sobre habilidades y capacidades del terapeuta para ser valiente, crear situaciones dentro de la sesión de manera que provoquen CCRs, de

esta forma el terapeuta ha de ir más allá de su zona de confort, de lo que está acostumbrado como terapeuta y utilizar cualquier circunstancia para que las CCRs puedan darse en su presencia. Esto supone coraje y valentía en el terapeuta, puesto que en ocasiones puede suponer conductas fuertemente emocionales del cliente, incluso agresividad o insultos, debido a que son las conductas CCR1 que esa persona tendría en su ambiente cotidiano, y el terapeuta ha de provocarlas para poder modificarlas. De otra manera, siendo cauto y no queriendo encarar fuertes situaciones emocionales, actuaría de manera errónea, puesto que cada reacción del cliente supone emular las contingencias necesarias in vivo para moldearlas y producir el cambio.

Amor: Se refiere a la regla 3 sobre reforzamiento natural, puesto que para que sea efectivo con un adulto el reforzamiento ha de ser lo más natural posible, es decir, lo habitual que suele darse en una relación conversada entre adultos. No es muy adecuado estar diciendo siempre “muy bien”, “de acuerdo”, “me gusta lo que dices”, etc., son alabanzas que pueden actuar como reforzamiento positivo, pero no son las habituales en una conversación entre adultos. De ahí que sea fundamental crear una relación afectiva, profunda e intensa, entre cliente y terapeuta para que en ese contexto pueda darse un reforzamiento natural, que no solo va a incluir alabanzas, sino sonrisas, gestos, contacto físico o autorrevelaciones del terapeuta. Cuando esa relación se basa en el “amor terapéutico”, el efecto del reforzamiento podría ser más natural y aceptado por el cliente.

Conductismo: Por supuesto, se refiere al conjunto de habilidades en el manejo de relaciones funcionales y de las técnicas de modificación de conducta habituales, especialmente el moldeamiento, que son las técnicas de base que se ponen en marcha a lo largo de los diálogos e interacciones terapéuticas. Es decir, el terapeuta ha de conocer en profundidad los principios del comportamiento y las técnicas del análisis funcional, para que pueda utilizarlas y adaptarlas a cada individuo en concreto, utilizando su propio repertorio tanto de expresiones como de emociones privadas, como contingencias para cambiar la conducta del cliente.

En FAP se utilizan los principios de conducta para crear un ambiente terapéutico que nutre de conciencia, coraje y amor terapéutico, y que concibe la relación terapéutica como el vehículo para la transformación del cliente (Tsai, Fleming, Cruz, Hitch y Kohlenberg, 2015). El propósito, pues, es mejorar la eficacia de la terapia para ser consciente de lo que está ocurriendo en sesión momento a momento (sensaciones, pensamientos, sentimientos del terapeuta), valores, necesidades, objetivos, impacto de

la historia en el propio terapeuta, empatía e impacto en la otra persona; tomar riesgos al servicio del cliente, experimentar vulnerabilidad, cercanía, conexión, establecer límites, pidiendo y dando retroalimentación; reforzar de manera afectuosa y contingente, con aceptación, proporcionando seguridad, comprensión, cercanía y vulnerabilidad recíproca.

5.6. Eficacia de FAP en diferentes contextos y condiciones clínicas

FAP es un enfoque efectivo logrando mejorías clínicas en diferentes contextos y condiciones. FAP está especialmente indicado para mejorar el funcionamiento social, para mejorar comportamientos clínicos complejos y problemas de naturaleza interpersonal (Callaghan, Gregg, Marx y Kohlenberg, 2004).

En las siguientes intervenciones con FAP, se han encontrado resultados positivos y evidencias que avalan esta aproximación como un modelo eficaz; como por ejemplo en un paciente con celos (López, 2003), ansiedad sin agorafobia (Bermúdez, Ferro y Calvillo, 2002), dolor crónico (Vandenberghe, Ferro y Furtado da Cruz, 2003), trastorno de estrés postraumático (Kohlenberg y Tsai, 1998; Prins y Callaghan, 2002), patrones agresivos-desafiantes en un niño (Gosch y Vandenberghe, 2004), trastorno obsesivo-compulsivo (Kohlenberg y Vandenberghe, 2007; Vandenberghe, 2007), y depresión (Busch et al., 2009; Ferro, Valero, y Vives, 2006; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, y Tsai, 2002; Pettit y Joiner, 2006). FAP para niños y adolescentes (Cattivelli et al., 2012), en grupo (Gaynor y Lawrence, 2002; Vandenberghe y Leite, 2018), para mejorar el funcionamiento social (Kanter et al., 2006), para dejar de fumar con 290 pacientes, resultando el modelo combinado de ACT y FAP como el tratamiento más eficaz en comparación con el bupropión, además con mejorías consistentes a largo plazo (Gifford et al., 2011). En fumadores que padecían depresión también se aplicó una intervención combinando elementos de FAP y ACT, con resultados positivos en 3/5 participantes (Holman et al., 2012). También ha demostrado resultados prometedores para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Callaghan, Summers y Weidman, 2003). Asimismo, se han realizado estudios para comprobar los procesos y mecanismos involucrados en el cambio terapéutico (Busch et al., 2009). Existe apoyo consistente que apunta a que el mecanismo de cambio en FAP, es el refuerzo contingente del terapeuta como representante de la comunidad social. FAP cuando se aplica de manera idiográfica

en problemas conductuales y delimitados por el análisis funcional, especialmente en el funcionamiento social, produce cambios positivos en estos comportamientos (Maitland, Kanter, Manbeck y Kuczynski, 2017).

En los estudios de revisión que se han hecho, se observan los hallazgos positivos desde hace ya más de dos décadas de FAP (como por ejemplo: Ferro-García, 2008; Kanter, Tsai, y Kohlenberg, 2010a; Kanter et al., 2017; Mangabeira et al., 2012; Mangabeira, Kanter, y del Prette, 2012; Muñoz-Martínez et al., 2012; Ribeiro et al., 2013). En el metaanálisis de Kanter et al. (2017) se analizan las características de 31 intervenciones clínicas, todas ellas con resultados positivos. La media de sesiones fue de 13.6 sesiones y en las características del estudio se incluyen tanto estudio de caso, ensayos clínicos aleatorizados y sin aleatorizar, no experimentales y con diferentes tratamientos. Para más información detallada sobre las investigaciones de FAP, ver Kanter et al., (2017); Mangabeira, Kanter y del Prette (2012); Valero, Ferro y López (2015).

5.7. FAP: un modelo transcultural

La competencia cultural implica respetar, valorar e integrar el contexto sociocultural de clientes culturalmente diversos (López, 1997) y validar sus percepciones sobre problemas y soluciones que pueden estar en desacuerdo con las perspectivas generales. Las metas e intervenciones terapéuticas deben de ser coherentes con los valores y contextos de vida del cliente. Por esta razón, es fructífero discutir tanto las normas del cliente como las normas culturales generales cuando sea relevante durante la evaluación y la planificación del tratamiento. En la conceptualización de casos de FAP (Kanter et al., 2008) se propone la recopilación de información sobre experiencias importantes de la vida, que son las que explican el refuerzo de las conductas problemáticas y el motivo por el cual no se reforzó y aprendió una conducta interpersonal más útil. Esta descripción hace posible ver cómo el comportamiento que puede ser contraproducente hoy en día tenía una función de adaptación en el pasado, y llama la atención sobre las consecuencias que pueden tener actualmente estos repertorios dañinos. Cuando un cliente es de una cultura diferente, es esencial que su identidad cultural y su nivel de aculturación se evalúen como parte de la historia relevante. La experiencia del cliente podría verse influida por ser miembro de un grupo

que históricamente ha luchado con las consecuencias aversivas asociadas con la marginación, el estrés de la inmigración y la adaptación. Las conductas indefensas o contraproducentes pueden surgir de tales condiciones. Por lo que es necesario conocer cómo la comunidad de un cliente ha reforzado las prácticas y suposiciones de sus miembros, así como el conocimiento de eventos históricos clave y factores ambientales como las condiciones económicas o políticas actuales.

Es posible que existan diferencias entre la explicación causal del cliente de los problemas de la vida diaria y el análisis funcional del terapeuta de esos problemas, y puede ser necesaria una negociación explícita con respecto a cómo el contexto cultural de las técnicas de cambio que se utilizarán y aceptarán (Tanaka-Matsumi et al., 1996). Por ejemplo, defender el machismo porque en su país existe una dictadura es lo que promueve el contexto. Si el compromiso de estas personas es adaptarse a su cultura, el terapeuta deberá entender esa cultura y cómo el contexto promueve una serie de patrones sociales que en otros contextos serían difícil que se sostuvieran.

En resumen, los terapeutas FAP de diferentes culturas sugieren que las técnicas y los principios de este modelo son universales en la medida en que se basan en el análisis funcional de las circunstancias de la conducta, el contexto y sus consecuencias. La observación de cómo los problemas de la vida cotidiana pueden aparecer en vivo en la sesión y el establecimiento de las conductas objetivo o CCR2, puede ayudar a los clientes a comprender la naturaleza de las relaciones funcionales y sus aplicaciones en las demás relaciones interpersonales.

Cualquier relación terapéutica comienza automáticamente desde una perspectiva multicultural porque la terapia es la interacción entre dos individuos que representan dos microculturas únicas. Cada cliente es una microcultura, que posee historias culturales, sociales y de refuerzo muy diferentes de las del terapeuta. Cuando los clientes experimentan el poder para crear un cambio dentro de la relación terapéutica, ese poder para efectuar el cambio puede generalizarse en sus relaciones sociales y familiares y, en última instancia, en su entorno (Kanter, Tsai y Kohlenberg, 2010).

5.8. Resultados positivos de FAP en otras culturas

FAP ha probado su eficacia en diferentes culturas y existen numerosos trabajos desde hace décadas en esta línea de trabajo (por ejemplo, Carrascoso, 2003; Ferro, Valero, y Vives, 2006; Ferro, Valero y López Bermúdez, 2009; Fowers y Davidov, 2006; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, y Guerrero, 2004; Hayes, 2001; Hinton, 2006; Hwang, 2006; López, Ferro y Calvillo, 2002; Sue y Sue, 2003; Sue y Zane, 1987). Estos datos agregan aval empírico específico a la afirmación de Hayes et al. (2004) de que los procesos centrales de FAP están sólidamente bien fundamentados por una amplia base de principios del comportamiento y mecanismos de cambio respaldados empíricamente. Para más información sobre la naturaleza de estas investigaciones consultar Kanter, Tsai y Kohlenberg (2010).

5.9. Integración de FAP con otras terapias

Como se ha descrito anteriormente, el contextualismo propone las raíces y un modelo para operar con los problemas psicológicos, donde cualquier intervención puede ser efectiva en el contexto adecuado. Esta postura integradora, incluye cualquier técnica que se pueda ajustar al propósito y al servicio del cliente, teniendo en cuenta la función y no la topografía de los problemas. Del mismo modo, una misma intervención puede no adaptarse en circunstancias similares, por lo que el contexto y la naturaleza de los principios de conducta son los que han de guiar la intervención de manera flexible.

Los integracionistas de la psicoterapia generalmente enfatizan la apertura a otras escuelas y técnicas (Goldfried y Newman, 1992), y el integracionismo se diferencia del eclecticismo en que el primero proporciona "algún marco coherente (contextualismo funcional) para predecir y entender el cambio". Por lo que, la coherencia teórica para comprender los procesos involucrados como mecanismo de cambio es crucial para comprender por qué se utilizan los procedimientos en cada momento y su aplicación flexible basada en la historia personal de cada cliente. Aunque el ser humano comparte principios comunes, las contingencias que originaron las clases de respuestas son únicas y han de tenerse en cuenta para que se produzcan mejorías estables a largo plazo. Este fundamento teórico y un correcto análisis funcional, proporciona una gran fiabilidad y precisión a la hora de ejecutar funcionalmente las estrategias más adecuadas para cada

cliente. No solo es importante saber que un modelo funciona, de manera más profunda, es necesario conocer exactamente qué ha funcionado y cuáles son los mecanismos de cambio. En el caso de FAP se especifican esos mecanismos, donde la interacción verbal entre terapeuta y cliente enmarcan el contexto donde se desarrollan los cambios terapéuticos, que tendrían su base en los principios del comportamiento implicados en esas interacciones (desde la evitación, al reforzamiento natural o al moldeamiento). En el caso de ACT también se especifican esos mecanismos, con conceptos mediacionales como la evitación experiencial, la flexibilidad psicológica y procesos como estar en el presente, la defusión, manejo de valores personales, el compromiso o la toma de decisiones para actuar; pero a su vez tendrían su base en los principios más básicos del aprendizaje relacional y la RFT.

Por este motivo, la recopilación de información sobre las experiencias importantes en la historia del cliente tiene el propósito de servir para explicar el refuerzo de las conductas problemáticas y los motivos por los cuales no se reforzó ni aprendió una conducta alternativa interpersonal más útil. Esta descripción hace posible ver cómo el comportamiento, que puede ser contraproducente hoy en día, tenía una función de adaptación en el pasado, lo que ofrece información sobre las consecuencias que pueden tener actualmente estos repertorios disfuncionales (Kanter et al., 2008).

A continuación, se resumirán las integraciones más importantes que ha tenido FAP con diferentes aproximaciones.

La integración de FAP con la Terapia de Aceptación y Compromiso se ha denominado FACT (Kohlenberg y Gifford, 1998). Y ha obtenido resultados positivos en numerosas condiciones clínicas, como por ejemplo en su primera aplicación en un caso de exhibicionismo (Paul, Marx, y Orsillo, 1999), para dejar de fumar (Callaghan et al., 2004; Gifford et al., 2011).

La integración de FAP con la activación conductual se ha propuesto en el estudio de Kanter, Manos, Bowe, Baruch, Busch y Rusch (2010). En este caso FAP corresponde un complemento que ayuda a mejorar las interacciones dentro de la sesión y buscando reforzadores naturales de las conductas del cliente con problemas del estado de ánimo.

La integración de FAP con terapias que promueven el *mindfulness* tiene su ejemplo en el estudio de Bowen et al., (2012) donde los participantes (N=104) en el grupo de terapia combinada con FAP y *mindfulness* informaron de una mayor conexión con los otros y menor evitación experiencial.

La integración de FAP con la terapia cognitiva se ha denominado FECT (FAP *Enhanced Cognitive Therapy*) (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, y Tsai, 2002). En este estudio mejoraron el 79% de los participantes en el grupo FECT mientras que el grupo tradicional con terapia cognitiva fue del 60%. Además, los clientes mejoraron en mayor medida en variables de la vida diaria, después de la terapia FECT.

6. Aplicaciones de ACT en breves periodos de tiempo: La Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso

Las exigencias de la sociedad actual generan una serie de aplicaciones de la psicoterapia a contextos donde anteriormente era impensables. Cada vez existen más servicios prestados de manera breve en contextos de atención primaria, escuelas, cárceles, servicios de asistencia a domicilio, empresas, hospitales, terapia *online*, etc. Los programas tradicionales o protocolos de tratamiento con sesiones convencionales múltiples no son realistas en estos entornos, ni se adaptan a las exigencias pragmáticas del día a día. Incluso en contextos de tratamiento especializado, los recursos son muy limitados, como ocurre en los de atención primaria en los hospitales y otros centros, las listas de espera son elevadas, el número de clientes aumenta y el estrés tanto en los profesionales como en los clientes ha creado un contexto particular para el crecimiento de modelos terapéuticos que se ajusten a las demandas. Estas circunstancias favorecen la condensación de actividades tanto de evaluación como de tratamiento si queremos llegar a un mayor número de personas, con el objetivo además de promover pautas culturales efectivas como factor de protección ante factores estresantes. El objetivo de estos modelos sería actuar como un recurso para las personas, en lugar de ser solo un terapeuta. Son alternativas breves que también se han propuesto desde distintas concepciones psicológicas, sobre todo con programas de actuación en grupo que maximizan los recursos de los profesionales que trabajan en esos centros. También desde las terapias contextuales se está haciendo un esfuerzo por adaptarse a ese entorno buscando resultados rápidos, y sobre todo de carácter preventivo, primario, antes que los problemas lleguen a ser realmente graves.

6.1. Características de la Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso

La Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso (*Focused Acceptance and Commitment Therapy*, FACT, por sus siglas en inglés) ha sido desarrollada por los autores Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012) como una versión abreviada de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 2011). La terapia focalizada de ACT corresponde a un enfoque transdiagnóstico de la psicoterapia que considera la rigidez psicológica como un fenómeno que subyace a la psicopatología y a los problemas de conducta. Esta intervención representa una intervención conductual prometedora basada en la evidencia, que satisface las necesidades del entorno inmediato de atención primaria. Esta aproximación surge y se contextualiza en las circunstancias clínicas de la atención primaria, donde existen largas listas de esperas y el trabajo tiene que ser rápido y eficaz. Por lo que el modelo se desarrolla para satisfacer las necesidades de este entorno elaborando un enfoque para producir cambios rápidos. La traducción que le hemos dado a “*focused*” (centrado) es debido a que este programa se centra en los procesos clave para producir el cambio terapéutico, abordando cada sesión como si fuera la última. Mediante el uso de ejercicios experienciales, la práctica de la atención plena y la clarificación de valores, se promueve la flexibilidad psicológica (disposición a contactar con los eventos privados) y la salud general. Estos autores ofrecieron una versión abreviada de ACT basada en los procesos centrales diseñados en entornos de atención primaria, presionados por el tiempo, y con resultados favorables (Cattivelli, Musetti y Perini, 2014; Glover et al., 2016; Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012). Esta versión es una breve intervención dirigida a promover un cambio en la salud general de los usuarios.

Este enfoque representa el corazón de los métodos centrales de ACT, en un protocolo que se administra de manera variable y adaptativa, como veremos en los diversos estudios de esta tesis. De manera general, se lleva a cabo de dos a cuatro sesiones, en comparación con el paradigma típico de ACT de unas 12 semanas, pero obteniendo resultados similares para los usuarios (Strosahl, Hayes, Bergan y Romano, 1998).

La filosofía de FACT consiste en tratar cada sesión como si fuera la última, cubriendo todos los procesos terapéuticos encaminados a estar en contacto con los eventos privados o aumentar la flexibilidad psicológica. Todo esto, concentrado en cada sesión y promoviendo el entrenamiento de habilidades, ya que consiste más en enseñar

habilidades de crecimiento personal, que no tratar un “síntoma” o una “enfermedad”.

Una terapia breve es aquella que puede lograr sus objetivos antes de que se realice la tendencia natural de abandono del cliente. Este proceso de cambio comienza ya en la primera sesión asumiendo que la primera visita puede ser la última. Se le expone al cliente que es posible mejorar de manera rápida en la primera visita proponiendo el cambio como un desafío de crecimiento personal. El terapeuta se encuentra en el mismo barco y no intenta cambiar opiniones o valores del cliente. El problema es cómo el cliente se relaciona con los eventos privados, ya desde la primera sesión de interacción con el terapeuta, y no el contenido que tengan. De manera que, se normaliza a los clientes y se valida su experiencia, su sufrimiento o su dolor, confirmando que le vamos a ayudar a resolver problemas de la vida cotidiana, problemas que nos pueden ocurrir a todos. En la primera sesión se obtiene una instantánea de su vida para ver qué funciona bien y qué hay que mejorar, elaborando juntos y trabajando para crear un plan de trabajo. Las emociones se validan, los comportamientos emocionales y verbales son fundamentales, y el refuerzo es imprescindible. Entender y reconocer la función del problema es clave para conectar el dolor con sus valores personales. Crear una nueva relación con sus “síntomas” para transformar sus funciones es esencial para que las mejoras se instauren a largo plazo.

Este protocolo concentrado de ACT breve ha sido elaborado por Strosahl y Robinson (2015) que resume en cuatro etapas los objetivos a conseguir en el cliente:

1. Realizar un recorrido por los resultados que no le han funcionando al cliente para mejorar el problema (es decir, las diversas conductas de evitación).
2. Aceptar la presencia de experiencias angustiosas, no deseadas, privadas.
3. Elegir un camino de vida basado en valores personales.
4. Tomar acciones que impulsen al cliente por ese camino elegido.

Así, de forma estructurada pero focalizada, el terapeuta busca conseguir objetivos rápidos, por un lado, fomenta *la aceptación* en lugar de controlar los eventos privados. Las experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones) de la historia personal comienzan a verse como diferentes al propio individuo, comienza a separarse de ellas, y aceptarlas tal como son, sin valorarlas ni evitarlas. Se trata de enseñar a cliente a darse cuenta de cómo funciona la “mente” y reconocer esos eventos privados, sin reaccionar a ellos evitándolos. En lugar de esto responder de manera acorde a los valores, apoyar la apertura del individuo a las experiencias internas que anteriormente se evitaban. Por otro lado, se busca que el

individuo se centre en el momento presente, que tome perspectiva de su vida. La *conciencia del momento* presente requiere atención y enfocar de manera flexible y permitir/ser consciente de la experiencia privada, para saber utilizarla con el objetivo de generar perspectiva y un sentido de continuidad de uno mismo. Se propone al cliente dar un paso atrás y contemplar sus eventos y comportamientos, convertirse en el observador de los eventos, no en ellos mismos. Se trata de promover una atención flexible, voluntaria en el aquí-ahora. Por último, *los valores* son los reforzadores construidos verbalmente, que proporcionan motivación intrínseca y refuerzo a las acciones del individuo. Son principios de vida, como reglas verbales, que organizan y mantienen el comportamiento a lo largo del tiempo. Suponen *acciones comprometidas*, comportamientos específicos que "reflejan" valores, y que se realizan en presencia de eventos privados o públicos aunque sean desagradables. El objetivo reside en promover la conexión entre las acciones y los valores, realizando ejercicios concretos de cambio para mejorar el comportamiento del cliente, siempre dirigidos por esos valores.

Por estas razones, consideramos que la terapia focalizada con ACT encarna tanto la teoría como los procesos claves esenciales que se pueden adaptar a nuestra población objetivo, creando una intervención conductual pragmática, intensa y eficaz para diversos entornos.

Las sesiones que llevamos a cabo en los diversos estudios de esta tesis siguieron una estructura diferente de las que proponen Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012), pero además el proceso seguido aquí suponía apartados diferentes de tipo teórico y experimental, como veremos más adelante. No obstante, la idea de intervención en el área de atención primaria y de destilar los procesos claves que fundamenta ACT, son los puntos de inicio de los estudios de esta tesis. De este modelo se ha extraído la metodología y la filosofía de intervención que se ha desarrollado durante las investigaciones de esta tesis. Especialmente en llevar a cabo cada sesión como si de la última se tratara, y de concentrar todos los procesos de manera breve y armónica dentro de la misma sesión. Este diseño permitiría de manera eficaz obtener resultados rápidos, como podremos observar a lo largo de los distintos estudios que componen esta tesis.

6.2. Resultados de la Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso

Existe una creciente evidencia de que las intervenciones breves de ACT son efectivas cuando se realizan además en el entorno grupal (Butryn, Forman, Hoffman, Shaw y Juarascio, 2011; Goodwin, Forman, Herbert, Butryn y Ledley, 2012; Kohtala, Lappalainen, Savonen, Timo, y Tolvanen, 2015). Se han encontrado resultados similares para el trastorno de estrés postraumático (Doane, Feeny y Zoellner, 2010), depresión en adolescentes (Renaud et al., 1998), atracones (Sandoz, Wilson y DuFrene, 2010) y síndrome del intestino irritable (Lackner et al., 2010), trastorno postraumático (Doane, Feeny y Zoeller, 2010), y trastornos de la conducta alimentaria (Sandoz, Wilson y Dufrene, 2010).

En un estudio con más de 9000 pacientes que buscaban ayuda psicológica, el número de visitas de psicoterapia fue solo de una (Meier, 2013). Los clientes buscan tratamiento cuando la angustia psicológica es alta y dejan de acudir en cuanto baja ese nivel de malestar. Para una gran mayoría, este margen se sitúa dentro de las 5 primeras visitas (Brown y Jones, 2005). Los motivos varían para cada individuo, ya que del 30 al 40 por ciento abandonan el tratamiento sin consultar al terapeuta, pero puede ser una mejoría subjetiva de los síntomas, o bien la calma emocional y la solución práctica de sus problemas (Olfson et al., 2009). En el estudio de Doane, Feeny y Zoellner (2010) del 40 al 45 por ciento de los clientes deprimidos mostraron mejoras considerables y radicales en las primeras 2 a 4 sesiones de tratamiento. Numerosas investigaciones han encontrado que el cambio del cliente se asocia a un patrón temprano de mejoría en el proceso terapéutico, y que la experiencia de las personas al darse cuenta de ese cambio significativo en las primeras sesiones es fundamental. Si la mejoría en la sensación de bienestar del cliente no se produce a lo largo de las primeras sesiones, la probabilidad de un resultado favorable o positivo disminuye significativamente (Miller, Duncan, Brown, Sorrell, y Chalk, 2006). Poco después del estudio pionero de Howard (1986), los investigadores comenzaron a utilizar varios indicadores para observar la experiencia subjetiva de mejoría en las primeras sesiones, con el propósito de predecir si la combinación entre el cliente-terapeuta y sistema de tratamiento había tenido éxito (Haas, Hill, Lambert y Morrell, 2002).

La respuesta rápida se asocia a mejoras en el funcionamiento a largo plazo, así como a una reducción en las tasas de recaída a largo plazo (Lutz, Stulz y Kock, 2009). La evidencia apunta a que la varianza de cambio es mucho mayor al inicio del

tratamiento, con un descenso del beneficio conforme avanza el tratamiento (Howard, Kopta, Krause, Orlinsky, 1986; Ilardi y Craighead, 1994). También se ha mostrado que el tratamiento más allá de la sesión 8 no es tan rentable como en las primeras 8 sesiones (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986). Las terapias más largas e ilimitadas no siempre demuestran una eficacia más elevada en comparación con las terapias breves (Knekt et al., 2008) y la respuesta rápida se ha asociado a mejoras en el funcionamiento a largo plazo, así como en una reducción en las tasas de recaída a largo plazo (Lutz, Stulz y Kock, 2009) y con la mejoría clínicamente significativa del paciente (Bryan et al., 2012; Cigrang et al., 2006). Se ha demostrado que con 2 o más sesiones se producen mejorías de los síntomas, mejor funcionamiento general e integración social (Bryan et al., 2012). En los participantes más graves la mejoría fue superior que en los que tenían menor gravedad. Finalmente, se encontraron síntomas reducidos y altos niveles de satisfacción en los modelos de salud conductual de atención primaria sin diferencias de género; además, los cambios fueron consistentes a largo plazo y durante años (Robinson y Reiter, 2007).

6.3. Eficacia de la terapia breve: menos es más

Existen una serie de falsas concepciones y mitos acerca de que tratamientos más largos producen resultados superiores comparados con tratamientos más cortos; por ejemplo, dieciséis sesiones de terapia cognitiva para la depresión deberían producir reducciones más duraderas en depresión que por encima de ocho sesiones del mismo tratamiento. Para probar esta idea Molenaar et al. (2011) realizaron un estudio donde encontraron que el grado de reducción de síntomas y mejoras a largo plazo en funcionamiento social fue tan bueno en un programa con ocho sesiones como con dieciséis. Resultados similares se han encontrado en terapia familiar para la anorexia (Lock, Agras, Bryson, y Kraemer, 2005), también para tratamientos para problemas del comportamiento (Smyrniotis y Kirby, 1993). Estos resultados también se han reflejado en depresión y en un amplio espectro de trastornos de ansiedad (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010). Por lo que, estos estudios sugieren que tratamientos breves son igual de efectivos que tratamientos más largos para el mismo trastorno.

También un estudio clásico (Howard, Kopta, Krause, y Orlinsky, 1986) obtuvo resultados muy interesantes. En este encontraron que el 15% de los clientes han experimentado mejorías clínicas antes de llegar a la primera sesión, lo que parece ser que el mero hecho de buscar ayuda favorece el sentirse mejor. Más de un 50% de las mejorías totales de la terapia son logradas de media hacia la 8ª sesión. Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen y Nielsen, (2009) concluyeron que el número de sesiones no es un predictor significativo de mejoría clínica y que el cambio no es un proceso lineal. Otros resultados obtenidos son que la mayoría de los clientes en un estudio con más 9.000 personas termina la psicoterapia antes de la 5ª sesión y que la media de visitas fue solo una (Brown y Jones, 2005). Estos datos tienen serias implicaciones prácticas, ya que, en la mayoría de los modelos, la primera sesión suele ser de evaluación. En otros estudios, la rápida respuesta a las intervenciones breves está asociada con mejorías a largo plazo (Bryan et al., 2010). En el estudio de Doane, Feeny y Zoellner (2010) del 40 al 45 por ciento de los clientes analizados mostraron mejoras considerables y radicales en las primeras 2 a 4 sesiones de tratamiento. Otras investigaciones han encontrado que los cambios más profundos del cliente se asocian a un patrón temprano de mejoría en el proceso terapéutico. Por lo tanto, si la mejoría no se produce a lo largo de las primeras sesiones, la probabilidad de un resultado favorable o positivo disminuye significativamente (Miller, Duncan, Brown, Sorrell y Chalk, 2006).

Este tipo de investigaciones suponen el punto de partida de la tesis, puesto que pretendemos crear un protocolo breve que produzca cambios rápidos desde la primera sesión, ahorrando no solo costes económicos para las empresas, también para mejorar la calidad de vida del ser humano y de la sociedad. Desde luego, basando ese protocolo en las pautas de actuación más efectivas, o elementos clave de las terapias, que hayan demostrado ya su eficacia comparativa.

7. FACT: La integración de FAP y ACT en sus raíces históricas

ACT y FAP surgieron de la misma tradición conductual y, por lo tanto, en su núcleo, entienden y cambian el comportamiento al examinar las relaciones contingentes (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993). Tanto FAP como ACT pueden considerarse tratamientos pioneros, ya que impulsaron la innovación teórica y tecnológica del comportamiento en el ámbito clínico. FAP y ACT comparten un fondo común arraigado

en el análisis funcional y la filosofía radical del comportamiento. En otro sentido, también es cierto que tanto Kohlenberg como Hayes tenían intereses similares antes del desarrollo de FAP y ACT. Ambos se consideraban skinnerianos, eran psicólogos clínicos y estaban interesados en mejorar la calidad de vida del individuo y la comunidad. Además, ambos utilizaron el comportamiento radical y los principios del análisis del comportamiento aplicados a varias áreas de contenido similar, por ejemplo, en la terapia de comportamiento (Kohlenberg, 1974; Hayes, 1976).

Existe un movimiento gradual para el desarrollo de formas de psicoterapia basadas en una perspectiva analítica funcional o conductual radical. Estas terapias buscan comprender las variables principales para producir cambios e integrar el análisis funcional en la intervención, con el objetivo de incrementar la efectividad del tratamiento y producir cambios más duraderos (Haynes y O'Brien, 2000). Este movimiento incluye no solo las terapias más conocidas de FAP y ACT, sino también las de *Activación Conductual* (Jacobson, Martell, y Dimidjian, 2001) o la *Terapia Integral de Pareja* (Jacobson y Christensesn, 1996) e incluso la *Terapia Dialéctica-Conductual* (Linehan, 1993).

FAP y ACT convergen en el movimiento que se denomina: *Análisis de la Conducta Clínica* (Dougher, 1993; Hayes y Bisset, 2000), donde se aplica el análisis de la conducta en poblaciones clínicas, suponiendo una evolución de la tradicional terapia de conducta, incluyendo las evidencias de la conducta verbal o del análisis funcional del lenguaje (Pérez-Álvarez, 2004). Ambas terapias contextuales se diseñaron para abordar problemas cotidianos clínicos complejos, utilizando para ello precisamente el lenguaje, el medio o contexto en el que se desarrollan todas las intervenciones psicológicas con adultos.

En España, la divulgación de ambas terapias se ha realizado de manera conjunta, con el trabajo de Pérez-Álvarez (1996a) y en su libro “La psicoterapia desde el punto de vista conductista (Pérez-Álvarez, 1996b). También, desde una perspectiva clínica se han mostrado los avances de ambos enfoques y podemos subrayar el trabajo (Ferro y Valero, 1998; Ferro, 2000; Ferro, Valero y Vives, 2000; Valero y Ferro, 2017).

7.1. Características de FACT

La combinación de estas dos psicoterapias se denomina: *Terapia Funcional-Analítica de Aceptación y Compromiso* (FACT). FACT resalta las fortalezas de FAP y ACT, centrándose en las dificultades que surgen de los repertorios de evitación experiencial, la configuración de las habilidades de aceptación experiencial, y el refuerzo continuo en sesión al servicio de los valores del cliente. Este híbrido, denominado FACT (Kohlenberg y Gifford, 1998), crea una terapia más amplia y más integral, a la vez que sigue siendo teóricamente coherente y fiel a los objetivos de cada terapia individual. Esta combinación creemos que mejora la utilidad y eficacia de cada una por sí sola, al expandir el objetivo de la terapia e incluir los objetivos de centrarse en comportamientos clínicamente relevantes y utilizar la generalización funcional como forma de extender los beneficios fuera de la consulta clínica. Asimismo, tanto FAP como ACT estaban más interesados en ayudar a las personas a que aprendieran a aceptar y, por lo tanto, cambiar su relación con sus pensamientos y sentimientos, en lugar de ayudar a cambiar o erradicar pensamientos o sentimientos específicos. FAP y ACT buscan construir historias en los clientes para desarrollar estrategias con el propósito de experimentar emociones poderosas y cultivar habilidades para interactuar de manera que sirvan mejor a sus necesidades y valores (Kanter, Tsai y Kohlenberg, 2010). No son terapias que busquen eliminar pensamientos o sentimientos y reemplazarlos con creencias, pensamientos o sentimientos más efectivos o precisos.

En primera instancia, ACT iría encaminada a procesos de aceptación emocional y se encuentra más involucrada en el lenguaje (desde la RFT) y FAP a las contingencias que ocurren dentro de la sesión, usando la relación terapéutica como vehículo para el cambio y mejorar las relaciones interpersonales. Aunque parezca una distinción sobre el objetivo con el que surge cada aproximación, la psicoterapia siempre trata con seres sociales que interactúan en un contexto, por lo que las relaciones interpersonales tienen mucho que ver en los problemas emocionales y viceversa. Por ejemplo, el motivo de consulta suele ser un problema emocional, pero ir ahondando en la historia y tener más información, aparecen sobre la mesa problemáticas derivadas de las relaciones personales en casi todos los casos clínicos. Por lo tanto, la combinación de ambas psicoterapias se daría de manera natural, poniendo en marcha las estrategias de ACT pero dentro de un contexto de interacción y relación emocional estrecha desde FAP.

Aunque cada una de estas terapias se desarrolló de forma independiente, ambas terapias tienen estrategias complementarias y diferentes para tratar los fenómenos psicológicos. Por ejemplo, ambas aproximaciones emplean el marco de conducta analítico y contextual para el abordaje de problemas clínicos complejos, incluido la aceptación emocional y la relación terapéutica intensa. Tanto FAP como ACT utilizan principios de comportamiento básicos, como el refuerzo negativo y positivo, el escape y la evitación, y los aplican a pensamientos, sentimientos e interacciones interpersonales (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford, 2004).

Las contribuciones únicas de FAP se pueden encontrar en el significado de relación terapéutica (Kohlenberg, Yeater y Kohlenberg, 1998), una explicación analítica funcional del comportamiento (Follete, Naugle, Callaghan, 1996), el valor de la intimidad en las relaciones humanas (Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 2006). Las contribuciones únicas de ACT se pueden encontrar en la ubicuidad del sufrimiento humano (Hayes et al., 1996), la teoría de los marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), el foco en el lenguaje y la lucha humana hacia una vida valiosa o inflexibilidad psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

La finalidad de este protocolo FACT estriba en buscar repertorios más funcionales o adaptativos para los clientes, aprendiendo una nueva forma de relacionarse con sus eventos privados de una manera no limitante con respecto a sus valores personales. En contraste, el objetivo no sería comprender los problemas o ayudar al cliente a que entienda sus problemas, sino de aprender a llevar una vida con mayor significado. Enseñar a aprender qué tipos de comportamientos son ineficaces en determinadas circunstancias y ajustarlos de una manera más acorde al tipo de persona que quieren ser. Por ejemplo, que el propio cliente identifique o haga interpretaciones funcionales de su propio comportamiento (CCR3), reconozca su conducta problema (CCR1) y realice cambios o mejorías funcionales en cuanto a su conducta problema (CCR2). Esto quiere decir que el terapeuta, usando su relación intensa terapéutica, tendrá que crear las contingencias en sesión para que se produzca ese cambio. Esto supone generar el malestar en la propia sesión, y que el cliente tenga la oportunidad de aprender y realizar un comportamiento alternativo que le conduzca adonde quiere llegar. Este moldeamiento se realizaría en vivo en la sesión, para que se pueda dar la oportunidad de aprendizaje para su posterior extensión, y una generalización a otros contextos de la vida cotidiana de los clientes.

Por último, ambas aproximaciones asumen que el sufrimiento forma parte inherente e inescapable de la condición humana y que son las contingencias personales de la historia del cliente lo que produce ese tipo de respuestas de evitación. Los humanos, como seres verbales que somos derivamos el sufrimiento humano por las funciones únicas del lenguaje (Hayes, Gifford y Wilson, 1996). Las conductas problema están bajo control aversivo y es el repertorio de evitación lo que ha producido la situación actual. Por lo tanto, habría que derivar funciones aversivas a los intentos de evitación y funciones reforzantes a los de afrontamiento. En suma, desde los conceptos de ACT, habría que conectar los valores personales con el sufrimiento.

7.2. Estudios previos sobre FACT

Diversos autores sostienen que los procesos de intervención utilizados en FAP y ACT pueden potenciarse mutuamente. FACT parece ser más exitoso que cuando se usa cualquiera de las dos terapias por sí solas, y ha sido eficaz en el tratamiento de una gran variedad de problemáticas. Baruch, Kanter, Busch y Juskiewicz (2009), emplearon FAP y ACT para tratar a un cliente con depresión mayor y comportamientos psicóticos. En este estudio de caso durante 37 semanas, ellos usaron ACT para enfocarse en los comportamientos psicóticos, a través de la desliteralización del lenguaje, identificando valores y disposición al malestar para aceptar el contenido unido en una dirección valiosa a través de sus valores personales. En la sesión 8ª empezaron a implementar FAP en los comportamientos clínicamente relevantes. Finalmente, el cliente mejoró su depresión, aceptación de sus pensamientos y emociones y las relaciones sociales.

Existen tres publicaciones relacionadas con FAP combinando ACT y terapia conductual para dejar de fumar y el abuso de la marihuana (Gifford et al., 2011; Holman et al., 2012a; Holman et al., 2012b; Paul et al., 1999).

En el estudio de Paul, Marx y Orsillo (1999), utilizaron tanto ACT como FAP consecutivamente para tratar a un exhibicionista derivado por el juez. El tratamiento consistió en ayudar al cliente a adquirir las habilidades para aceptar estados afectivos no deseados e intolerables, así como ansiedad social, exhibicionismo y el uso de la marihuana. Los impulsos de los actos de exhibicionismo y el uso de drogas se evaluaron a lo largo de 1 año de tratamiento y a los 6 meses de seguimiento. Los resultados mostraron que las conductas de exhibicionismo y de masturbación pública se redujeron

significativamente desde el inicio. Además, el cliente mejoró sus habilidades sociales y el uso de drogas disminuyó junto con los síntomas de depresión y ansiedad.

En el estudio de Gifford et al. (2011) con mayor muestra hasta la fecha (n = 300), desarrollaron un tratamiento psicosocial diseñado para el abandono del hábito de fumar que utilizaba procesos ACT para ayudar a socavar la evitación experiencial, a la vez que hacía elecciones de comportamiento basadas en el valor. En este estudio, los procesos de FAP se utilizaron para conformar de manera contingente estos procesos de cambio de comportamiento, tal como ocurrieron en el contexto de la relación terapéutica. Los fumadores fueron asignados al azar a una de dos condiciones: bupropión, un medicamento para dejar de fumar; o bupropion más el tratamiento basado en ACT+FAP. El tratamiento combinado fue significativamente mejor que el bupropión solo en el seguimiento de 1 año. Estos hallazgos son consistentes y sugieren que FAP puede producir beneficios añadidos cuando se agrega con ACT.

Blarrina y Luciano (2012) exponen los resultados de un caso clínico de una adolescente con patrones rígidos de comportamiento problemático y generalizado a múltiples facetas de su vida. Tras la combinación de ACT y FAP se valoran los resultados positivos y la importancia de integrar ambas aproximaciones en problemas generalizados y crónicos. A través del moldeamiento en vivo y la generalización funcional, el cliente fue mejorando a lo largo de las 20 sesiones.

Tirado et al. (2005) desarrollaron un programa breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad a través de la combinación de ACT y FAP, creando un modelo psicoeducativo breve con resultados académicos y clínicos significativos en estudiantes con dificultades en el rendimiento académico y ansiedad, mejorando sus puntuaciones a los tres, seis y doce meses de seguimiento. En el contexto educativo también se ha aplicado con éxito la combinación de ACT+FAP, con adolescentes con dificultades emocionales y para promover las habilidades sociales (Cativelli, Musetti y Perini, 2014).

Martín-Murcia, Cangas-Díaz, y Pardo-González (2011) aplican una intervención combinada con ACT+FAP en un caso de anorexia nerviosa y trastorno de la personalidad destacando los cambios positivos progresivos en el comportamiento social, incluida la congruencia de valores y acciones vitales, la resolución del trastorno alimentario, una mayor apertura a la experiencia y la disminución de pensamientos generalizados. En otro estudio de caso, Novoa Gómez y Guzmán Gutiérrez (2008), aplican también una combinación de ambas psicoterapias para un caso de trastorno

mixto del afecto, señalando la utilidad terapéutica de las estrategias que se emplearon tras 12 sesiones, especialmente en el compromiso y autocontrol.

El protocolo que se ha estudiado en esta tesis, pues, representa de manera novedosa la integración de dos terapias contextuales: FAP y ACT, en un formato radical y breve. Lo que hace especial a este programa no es la integración de ambas terapias contextuales sin más, ya que desde los inicios se han considerado de manera integral y con características comunes (Kohlenberg y Gifford, 1998; Luciano, 1999), sino su brevedad y utilizar los procesos comunes que puedan ser más efectivos.

También existe evidencia que recopila las ventajas de ambas aproximaciones como se puede ver en los estudios de Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford (2004) y otros (Kohlenberg y Callaghan, 2010; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg et al., 2005). La simbiosis de este modelo surge desde el inicio de la aparición de estas terapias contextuales, ya que ambas comparten las raíces de esta filosofía contextual conjugándose de manera muy armónica ambas aproximaciones. Lo que hace especial este programa es la extracción de los procesos clave de una y otra terapia, según la evidencia e investigación en los últimos años, junto con la idea original de su puesta en marcha en atención primaria, para resolver problemas de una manera rápida y eficaz.

Ahora se aplicarían ACT y FAP de manera muy breve, para producir cambios radicales en entornos donde los cambios han de ser rápidos por las exigencias diarias del entorno, como es el caso del contexto organizacional y el educativo. Estos procesos terapéuticos, tanto de ACT como FAP, se han ido refinando y filtrando a lo largo de los diferentes estudios de esta tesis doctoral, hasta lograr lo que conocemos ahora como el “protocolo FACT” (Macías, Valero, Bond y Blanca, 2019). Originalmente se llevó a cabo en varios contextos laborales, para finalmente adaptarse al ambiente educativo.

7.3. Recomendaciones para la integración de ACT y FAP

Callaghan et al. (2006) describe tres enfoques diferentes para usar FAP y ACT juntos. Lo primero es utilizar la relación terapéutica de FAP mientras se realiza ACT, para configurar directamente las habilidades de aceptación y atención plena al servicio de la flexibilidad psicológica y la acción comprometida. El objetivo aquí es utilizar la relación terapéutica para lograr los resultados intrapersonales establecidos por ACT. El

segundo enfoque es utilizar ACT mientras se hace FAP, para ayudar a los clientes a responder de manera diferente a sus pensamientos y sentimientos para que puedan participar en un nuevo comportamiento que afecte la relación de la terapia y sea susceptible de una consecuencia contingente. El objetivo en este enfoque integrador es intentar utilizar estrategias de aceptación y de acción basadas en la atención plena o conciencia (*awareness*) para crear relaciones interpersonales más significativas para los clientes tanto dentro como fuera de la terapia. El tercer enfoque es que tanto ACT como FAP estén presentes en cualquier momento dado, y utilizar los procesos interpersonales de la relación terapéutica para dar forma a los procesos intrapersonales de evitación y aceptación tal y como se manifiestan en el presente de la relación terapéutica.

En resumen, ACT le puede ofrecer al terapeuta FAP estrategias basadas en los principios de la aceptación para poder experimentar los sentimientos y luego compartirlos con el cliente. En lugar de *cambiar el tema*, se puede aprender a experimentar plenamente las emociones que el terapeuta siente para abrazar el momento presente de la terapia, incluso cuando es sumamente difícil hacerlo; y luego ir avanzando en dirección a los valores como terapeutas, y ser efectivos al servicio de las necesidades del cliente.

Finalmente, tanto FAP como ACT son tratamientos compasivos, basados en ayudar a las personas a llevar vidas significativas y fructíferas. FAP y ACT tienen diferentes áreas de enfoque conceptual y técnico, aunque son fácilmente conjugables. Esta es la razón por la cual la influencia mutua de FAP y ACT no solo puede ayudar a los clientes a obtener mejoras añadidas a usar los modelos por separado, también puede fomentar a los terapeutas a ser mejores, ser más efectivos, hábiles y favorecer la salud psicológica del mundo ya que se consideran enfoques prosociales y eficaces a través de diferentes culturas, con el propósito de una cooperación conjunta que sirva a la comunidad de apoyo para optimizar el bienestar de todos (White et al., 2017).

Capítulo 3

OBJETIVOS

En este apartado se realiza un breve recorrido por el planteamiento general y las hipótesis iniciales que han conducido al desarrollo de este trabajo completo. Estos objetivos se desarrollan como un proceso de investigación continuado, que narra una historia, pues cada experimento y objetivo inicial ha ido conduciendo al desarrollo del siguiente. El proceso seguido ha sido tanto deductivo al partir de unas hipótesis iniciales desde el programa ACT+FAP elaborado, como inductivo al partir de los datos y conclusiones de un experimento, para plantear el siguiente y probar la eficacia de este programa con otras variables y participantes. La brújula de esta investigación ha sido el fundamento filosófico insertado en el contextualismo funcional, como manera de entender el sufrimiento humano de forma holística.

Ante todo, nos planteamos unas hipótesis de partida iniciales, aunque el proceso experimental nos haya llevado a adaptarnos a las necesidades cambiantes del entorno y las distintas circunstancias de cada contexto laboral. Esto ha quedado reflejado en el dinamismo de la tesis con el curso del tiempo. No obstante, el planteamiento inicial ha sido la hipótesis y la pieza clave para continuar, incluso a veces en circunstancias con poca visibilidad y adversidades técnicas, burocráticas, financieras o de otra índole.

Se presentan aquí, pues, las hipótesis generales que enmarcan esta investigación, con propósitos teóricos, experimentales, clínicos y formativos. Y también las hipótesis específicas de cada experimento, incluyendo las variables dependientes e independientes manejadas en cada caso en los 6 estudios que incluyen este recorrido.

1. Introducción

La tesis surge como un planteamiento inicial de extender las terapias contextuales, y en concreto desde mi formación en ACT y en FAP, a otros contextos de actuación, y no solo en el ámbito clínico donde generalmente se han aplicado. Tras mi intensa formación en la práctica clínica con profesionales de renombre nacional e internacional en estas terapias contextuales, inicié también mis primeros pasos en la formación a otros profesionales. A partir de este esquema de formación para profesionales surgió la primera empresa para poder poner en marcha esta idea. Los resultados de esa primera empresa sobre formación arrojaron algo de luz para iniciar un camino y supuso la gestación de un planteamiento inicial de la tesis. Es entonces cuando empieza este viaje y comienzan los experimentos clínicos.

Tras varios ensayos en empresas privadas, se concluye el protocolo final de FACT de aplicación individual a un grupo de empleados públicos de un ayuntamiento. De manera fortuita, fui invitado a colaborar en una investigación a Londres aplicando modelos de tercera generación en estudiantes. Empezó mi estancia en Londres y me ofrecieron la posibilidad de adaptar mi protocolo con FACT al contexto educativo. Tras la supervisión de mi trabajo allí, regresé a España y decidí llevarlo a cabo durante dos años consecutivos. Con resultados prometedores, y adelantando ya los resultados generales de los diversos estudios de esta tesis, el protocolo FACT ha demostrado su eficacia tanto en el contexto laboral como educativo, siendo así, una herramienta versátil para mejorar la salud general de las personas.

La investigación surge y se enmarca en el creciente interés de extender y aplicar las terapias contextuales a otros campos debido al aumento de problemáticas derivadas del entorno laboral y académico, y la posibilidad de que estas terapias también puedan servir para mejorar a las personas en ese entorno.

El estrés se ha convertido en una “epidemia mundial, según la OMS, con un 28% de empleados en la UE que lo sufren”, y en un problema que produce absentismo laboral, menor dedicación al trabajo, bajada en la productividad, aumento de accidentes laborales, quejas de clientes y usuarios, o empeoramiento de la imagen de las instituciones o entidades corporativas (Kessler, Merikangas, y Wang, 2008; Parent-Thirion, Macias, Hurley y Vermeulen, 2007). En cuanto al contexto escolar, el estrés

puede conllevar bajada del rendimiento académico, abandono y fracaso escolar, problemas sociales y emocionales, etc. (Byrd y McKinney, 2012; Román, Ortiz y Hernández, 2008).

Los diversos modelos de terapias contextuales surgieron paralelamente tanto en la clínica como en el entorno laboral. El manual de FAP surge en un contexto clínico para mejorar la eficacia de la terapia habitual (Kohlenberg y Tsai, 1991), y por su parte el primer ensayo aleatorio realizado siguiendo el manual de ACT (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999) fue en un entorno organizacional (Bond y Bunce, 2000). Por lo que no puede hablarse realmente de una adaptación como tal, sino que desde sus inicios se ha seguido investigando y generando resultados prometedores desde entornos laborales hacia la clínica y viceversa, retroalimentando las evidencias que conducían a incrementar la salud y la satisfacción tanto laboral como personal. Como se ha descrito con anterioridad, se ha demostrado la eficacia en numerosas poblaciones y condiciones clínicas, con más éxito cada día (A-Tjak et al., 2015; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, 2006; Ruiz, 2010). Se trata aquí de extender esta eficacia a nuevas poblaciones y nuevos contextos aplicados.

Las intervenciones previas ya realizadas en nuestra consulta clínica nos llevaron a seguir esta línea, que supone el punto de partida para realizar intervenciones con ACT y FAP combinadas, con diseños experimentales más rigurosos, con grupos de control (como el realizado en la administración pública), ampliando la muestra y aplicándolo en otros entornos de trabajo para comprobar su eficacia. Posteriormente también su aplicación a otros contextos como el educativo, incluso en usuarios de otros países.

El principal valor añadido de esta estrategia experimental consiste en crear un modelo, de tres sesiones individuales más una adicional de seguimiento, complementando y unificando dos estrategias terapéuticas (FAP+ACT) cuyos principios y bases filosóficas son equivalentes y funcionan de manera sinérgica en su combinación. El objetivo es dar soluciones prácticas y rápidas a problemas reales y con un creciente interés e impacto biopsicosocial, como es la depresión, ansiedad, estrés, el agotamiento o *burnout* y problemáticas derivadas del trabajo. Dado que el estrés no se puede eliminar y forma parte de la sociedad actual en la que nos vemos inevitablemente inmersos (prisas, tráfico, ruido, vida rápida, horarios frenéticos, paro, despidos, etc.), es fundamental detectar comportamientos de riesgo a tiempo, y dotar a los empleados de herramientas necesarias para que puedan gestionar esta serie de vicisitudes endémicas a la sociedad occidental. Esta intervención puede resultar vital para que se traduzca en un

mejor funcionamiento de la organización. Por un lado, evaluar comportamientos perjudiciales para la empresa y en la vida cotidiana de los trabajadores, y por otro, intervenir mediante la formación, debido a que es uno de los medios más eficaces para producir un cambio.

La estrategia experimental de los trabajos propuestos en esta tesis trata de seguir investigando cómo mejorar la satisfacción y calidad de vida, tanto en el ámbito organizacional como en el plano personal, proponiendo para ello un protocolo abreviado de terapias contextuales.

Los posibles resultados pretenden generalizarse a otros ámbitos ya que al trabajar con conductas y usando estos dos modelos que van a la raíz de los problemas psicológicos, podremos suscitar cambios no solo en el entorno organizacional, sino en la vida privada. De ahí que su extensión sea también llegar a la vida cotidiana de las personas. Será una influencia bidireccional, ya que existe un trabajo que el empleado tiene que elaborar en casa.

Finalmente se ha tenido en consideración la dificultad de acometer un diseño experimental que en el laboratorio o en un contexto muy controlado es fácilmente realizable, pero que a la hora de llevarlo a cabo como estudio de campo, se torna más difícil. El investigador ha de ser flexible y adaptar la investigación y el proyecto a las circunstancias de entornos cambiantes y dinámicos. Una expresión que resume esta circunstancia es: “Una cosa es el plano y otra el territorio”. Cuando observamos el plano, lo vemos todo claro, las calles, donde tenemos que ir o llegar. Pero cuando llegamos, nada es como nos parecía, incluso hay obras que no aparecían en el mapa, y nuestra ruta se ve inevitablemente forzada al cambio. Para generar una metodología sólida, hemos tenido que adaptarnos al contexto real, para dar con la manera de proceder al realizar nuestra investigación sin que la rigurosidad se vea influenciada.

2. Objetivos generales

El objetivo general que se propone con esta tesis consiste en probar el funcionamiento, la eficacia y la efectividad de un protocolo de intervención que incluya un programa breve de formación específico basado en terapias contextuales (características y procedimientos tanto de ACT como de FAP), que sería la variable independiente fundamental. Todo ello con la intención de mejorar la salud laboral y

personal de distintos tipos de usuarios, en diversas variables dependientes (*burnout*, estrés, ansiedad, depresión, satisfacción vital, calidad de vida, ansiedad, etc.) y mostrando la generalización de esta terapia abreviada tanto en el entorno organizacional y académico, como en el plano personal. De esta forma, pues, podemos resumir esos objetivos en:

1. Probar la eficacia y efectividad de un protocolo FACT (FAP+ACT) a través de su aplicación abreviada, en muy pocas sesiones y con poco coste.
2. Probar la generalización de FACT en usuarios con distintas características.
3. Probar la extensión de FACT a distintos contextos sociales de aplicación.
4. Probar la posible eficacia diferencial de los componentes de FACT de forma aislada o en conjunto.

El objetivo científico final que se pretende alcanzar es instaurar un protocolo de actuación que mejore la salud laboral en las empresas, ya sea a nivel de intervención puntual como a nivel de formación continua en los recursos humanos de las entidades; que se pueda aplicar tanto en formato individual como grupal, y no solo vaya encaminado a reducir los niveles existentes de estrés, sino crear modelos que evalúen y diagnostiquen precozmente comportamientos que a medio y largo plazo puedan ser problemáticos. Esto incluiría también promover la salud mental de los trabajadores y generar pautas de prevención para cuando existan momentos difíciles o estresantes.

3. Hipótesis generales

En relación a estos objetivos, podrían plantearse también las siguientes hipótesis generales, formuladas a modo de predicciones donde se espera una confirmación con los datos generales obtenidos de los diversos estudios:

1. Si el programa de intervención FACT es eficaz, producirá cambios positivos en la salud laboral y personal de los participantes adultos, comprobadas en los cambios en los diversos cuestionarios aplicados antes y después de esa intervención.

2. Si programa de intervención FACT es efectivo, producirá mejores resultados en la salud laboral y personal de los participantes adultos, en comparación con los resultados que se obtendrían en participantes sin esa intervención como grupo control.
3. Si el programa de intervención FACT es eficaz y generalizable, producirá cambios positivos en la salud psicológica y personal de los participantes jóvenes y adolescentes, valorados en los diversos cuestionarios antes y después de esa intervención.
4. Si el programa de intervención FACT es efectivo y generalizable, producirá mejores resultados en esas mediciones en jóvenes y adolescentes, en comparación con un grupo control de otros participantes que no reciban dicho programa.
5. Si el programa de intervención FACT es generalizable a otros contextos culturales, producirá resultados positivos al aplicarlo en otra muestra de participantes de otro país europeo, a pesar de la diferencias sociales y culturales con los participantes de los estudios anteriores.
6. Si alguno de los componentes del programa de intervención FACT es más eficaz, producirá resultados diferentes cuando se aplique solamente ACT o se aplique el protocolo completo con ACT+FAP.

Tomando como referencia y brújula los estudios que anteriormente se han llevado a cabo en el entorno laboral y académico con las aproximaciones de ambas psicoterapias contextuales por separado (ACT y FAP), se expondrá en el siguiente capítulo un programa breve que reúne los pilares básicos de los dos modelos terapéuticos, utilizando los principios que creemos más importantes para el cambio en la salud laboral, psicológica y personal de los participantes. Y, por tanto, se pondrá a prueba este programa de intervención en distintos participantes y contextos.

3. Objetivos específicos

Puesto que el objetivo general es poner a prueba este programa FACT con características de ambas intervenciones, los objetivos específicos se definen a partir de los diversos estudios que se han llevado a cabo en esa secuencia de investigación

inductiva e hipotético-deductiva a la vez. De esta forma, esos seis objetivos más concretos serán los siguientes:

1. Poner a prueba la eficacia y utilidad del programa FACT en casos clínicos individuales en un entorno laboral.
2. Probar la eficacia del programa FACT para mejorar la salud general, el bienestar, la ansiedad, depresión y *burnout* en trabajadores en su entorno laboral.
3. Probar la efectividad del programa FACT para mejorar la salud, la ansiedad y el estrés en trabajadores de la administración, en comparación con otros trabajadores como grupo control sin esta intervención.
4. Probar la efectividad del programa FACT para mejorar el bienestar psicológico, la satisfacción y atención plena en estudiantes de bachillerato, en comparación con otro grupo control sin esta intervención.
5. Extender la efectividad del programa FACT a grandes grupos de estudiantes, probando la efectividad en mejorar el bienestar psicológico, la satisfacción y la flexibilidad psicológica, frente a un grupo en lista de espera.
6. Estudiar las características añadidas que supone la incorporación de las estrategias de FAP a la intervención habitual con ACT, valorando las diferencias entre ambas aproximaciones terapéuticas.
7. Extender la efectividad del programa FACT y probar su efectividad en grupos de estudiantes de otra nacionalidad y otro contexto educativo, mejorando su bienestar psicológico, la satisfacción y atención plena, en comparación con otro grupo control sin esta intervención.

5. Hipótesis específicas

1. Si el programa FACT resulta eficaz en casos clínicos individuales, los resultados en las medidas objetivas de salud general, bienestar psicológico y reforzadores del contexto serán superiores tras las sesiones de terapia.
2. Si el programa FACT resulta eficaz en casos clínicos individuales, sus resultados se mantendrán a largo plazo tras terminar la terapia.

3. Si el programa FACT resulta eficaz aplicado en grupo, los resultados en los cuestionarios de salud general y bienestar psicológico serán mejores después de aplicar la terapia a un grupo de trabajadores.
4. Si el programa FACT resulta generalizable, aplicado individualmente o en grupo, los resultados en los diversos cuestionarios de satisfacción laboral y bienestar laboral serán superiores en los trabajadores en su entorno laboral cotidiano.
5. Si el programa FACT es efectivo aplicado en trabajadores, sus resultados serán superiores al grupo control, en las mediciones sobre bienestar psicológico, flexibilidad psicológica y valores personales.
6. Si el programa FACT es efectivo aplicado en trabajadores, sus resultados serán superiores al grupo control en las mediciones de *burnout*, depresión, ansiedad y estrés.
7. Si el programa FACT es efectivo aplicado en estudiantes, sus resultados serán superiores al grupo control en las mediciones de bienestar psicológico, satisfacción con la vida, flexibilidad psicológica y atención plena.
8. Si el programa FACT es extensible a estudiantes de bachillerato, los resultados serán comparables a los que se obtienen con adultos y con trabajadores, con beneficios semejantes en ambos grupos.
9. Si el programa FACT es aplicable en grandes grupos, los estudiantes que reciban el programa obtendrán en la comparación pre-post mejores puntuaciones en las mediciones de bienestar psicológico, satisfacción con la vida, flexibilidad psicológica, atención plena y autoconcepto.
10. Si el programa combinado FACT es efectivo, obtendrá mejores resultados en los distintos cuestionarios sobre bienestar y flexibilidad al añadir los componentes FAP en relación a la utilización de una fase de ACT de manera aislada.
11. Si el programa combinado FACT muestra su eficacia con trabajadores, estudiantes, y grandes grupos, también será generalizable a estudiantes de otros países, obteniendo las mismas mejoras en la comparación pre-post en las mediciones de bienestar, salud general, satisfacción con la vida y atención plena, que han obtenido los anteriores grupos.

Basándonos, pues, en estas hipótesis generales y específicas se ha llevado a cabo un proceso de investigación progresivo, donde los resultados de un estudio han llevado a los planteamientos del siguiente, siempre desde las hipótesis más generales a otras más concretas conforme se han ido obteniendo resultados clínicos.

De esta forma, los estudios comenzaron por aplicar FACT a casos clínicos individuales de trabajadores, viendo que era posible su extensión a este campo laboral, se extendió su aplicación a otros trabajadores, pero ya como grupos, y realizando el estudio en su contexto de trabajo diario.

Una vez probado, se estudió la comparación de este grupo FACT de carácter experimental frente a otro grupo de trabajadores que no recibiese la intervención, mostrando así su efectividad comparativa.

Debido a las circunstancias de trabajo, se decidió extender esta aplicación FACT a estudiantes universitarios, de forma que pudiese mostrarse esa misma eficacia en otro grupo de población, en un contexto más educativo, y con problemas de estrés o ansiedad de características diferentes a los anteriores.

De igual forma, se comparó entre grupos, con y sin la aplicación de esta intervención FACT, incluyendo también la comparación parcial de la eficacia solo con las estrategias de ACT y luego añadiendo el contexto de intervención clínica desde FAP.

Por último, para aumentar la extensión y generalización de esta estrategia FACT, se realizó otro estudio aplicando esta intervención en estudiantes de otro país, con intervención en forma de grandes grupos.

De todos estos estudios, podría obtenerse también el grado de eficiencia de FACT, al comparar el grado de actividad y esfuerzo que supone su aplicación, en tiempo, recursos, dinero, etc., frente a los estudios habituales de tipo clínico publicados con ACT y FAP, puesto que supone una estrategia breve, centrada en cambios rápidos y estrategias que sirvan al individuo a largo plazo, sin necesidad de una intervención prolongada tradicional.

Capítulo 4

PROTOCOLO FACT

*“No hay razón para buscar el sufrimiento,
pero si este llega y trata de meterse en tu vida, no temas;
míralo a la cara y con la frente bien levantada”*
(Friedrich Nietzsche; como se cita en De los Heros, 2015)

El protocolo clínico que se ha diseñado a lo largo de esta tesis toma el nombre conjunto de los principios de ambas terapias FAP y ACT, que se integran de manera organizada y armónica para conseguir el máximo beneficio en los usuarios. De esta forma, el nombre que ha sido propuesto por Callaghan et al. (2004) es *Functional Analytic Acceptance and Commitment Therapy* (FACT, Terapia de Aceptación y Compromiso Analítica-Funcional) engloba un híbrido de todos los componentes que se han incorporado en el protocolo final de las dos aproximaciones de tercera generación.

El propósito de este protocolo no es servir como una receta o un manual de instrucciones con los ingredientes para mejorar la salud. Ya de partida atenderíamos contra los principios del contextualismo funcional al no tener en cuenta a cada organismo de manera idiográfica y su historia. No obstante, este protocolo ha sido diseñado con un análisis funcional dinámico para cada entorno y los componentes se han ido mejorando en cada intervención. Este protocolo corresponde y tiene como objetivo conducir a la integración de unos procesos de manera armónica basados en la evidencia y alejados del diagnóstico o la concepción sintomática del sufrimiento humano (Hayes y Hofmann, 2017). Esto se consigue partiendo de la base de unas leyes del aprendizaje, que todos los humanos compartimos, desde la ley de condicionamiento clásico sobre cómo reaccionamos a nuestro entorno, pasando por la ley de condicionamiento operante sobre las conductas mantenidas por sus consecuencias, y el aprendizaje a través del lenguaje o reglas verbales. Dada la permeabilidad y flexibilidad de estos procesos básicos, y su aplicación en numerosos contextos, hay que tener en cuenta variables inherentes a cada contexto, acompañados siempre del análisis funcional

de los problemas específicos de las personas, que servirá como guía y brújula en todos los procesos de intervención a los que se quiera adaptar este protocolo.

En un primer lugar, este programa nace para satisfacer las necesidades del entorno organizacional, con el objetivo de mejorar la salud personal y laboral de los trabajadores. Poco después se realiza la segunda intervención en el trabajo donde se extraen los procesos clave que evidenciamos que produjeron el cambio terapéutico, incorporando estos hallazgos al programa e incluyendo otras estrategias de las terapias contextuales. También se siguen de cerca las evidencias en psicología básica y el desarrollo de las terapias de tercera generación en diferentes contextos, e incorporando el aprendizaje de nuestra propia experiencia de la práctica clínica.

Posteriormente, se adaptan estos hallazgos al contexto educativo. A lo largo de todo este proceso se han realizado modificaciones, tanto en la forma de aplicar esta intervención (individual, grupal, número de sesiones, procesos) como en el diseño experimental (como caso único, con grupo de control, sin grupo de control, en lista de espera, etc.).

Lo que se detallará a lo largo de este capítulo corresponde a las raíces del protocolo FACT, los fundamentos teóricos y de manera extendida cada proceso que se lleva a cabo. El propósito de este capítulo es explicar las características de este protocolo, sus principios generales, las formas de aplicación y las técnicas concretas de FAP y ACT que se han seleccionado. El objetivo es que este programa se pueda extender a otros contextos con los elementos clave que hacen que funcione, y que puedan adaptarse a cada ambiente laboral o educativo concreto. Por ejemplo, si queremos desarrollar y crear un estado de aceptación en el individuo, el camino para llegar a ese estado puede ser de muchas formas, pero lo importante es tener claro hacia dónde se va y saber cómo conseguirlo, a través de qué técnicas y qué procesos de aprendizaje, para evitar dejar en manos del azar nuestra intervención. Por esta razón, el análisis funcional de la conducta clínica nos otorga una serie de controles que nos permiten llegar a la raíz del comportamiento. Sería como una herramienta quirúrgica muy precisa, que nos permite llegar donde queremos.

Este programa FACT está encaminado a desentrañar los procesos clave en el cambio terapéutico, en lugar de aplicar un elenco de herramientas de dudosa eficacia durante un periodo extendido de tiempo, nos limitamos a usar en tres sesiones los procesos claves, con el propósito de ahorrar costes y promover que la persona obtenga mejoras significativas tanto a corto como largo plazo. No se critica el eclecticismo, sino

el uso de técnicas sin una base filosófica fundamentada o una función clara. Por ejemplo, el estudio clásico de Jacobson et al. (1996) ya mostró en personas con depresión grave que el elemento de activación era suficiente para producir cambios en esos problemas, y las estrategias dirigidas a cambiar las cogniciones y pensamientos distorsionados no eran elementos fundamentales para ese cambio. De forma similar, no es conveniente usar con la misma persona una reestructuración cognitiva, que está dirigida al cambio o control de pensamientos y luego añadir un ejercicio de *mindfulness*, que está dirigido a la aceptación. La persona se puede ir con mensajes contradictorios y no tener una orientación clara a la hora de enfrentar su problemática.

A continuación, se detallará el protocolo final que ha integrado los elementos que creemos clave de diversas estrategias: (1) las estrategias desarrolladas en ACT desde el manual de Wilson y Luciano (2002); (2) una breve versión de ACT originalmente diseñada en el campo de la atención primaria por Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012); (3) el manual de Psicoterapia Analítica Funcional de Tsai et al. (2009); y (4) las investigaciones llevadas a cabo en el entorno laboral mediante ACT de Flaxman, Bond y Livheim (2013).

Especialmente, este último manual, recoge las evidencias de aplicar ACT en el contexto laboral con éxito (Bond y Bunce 2000), desde hace ya casi dos décadas, por lo que los elementos se han ido optimizando con el paso de los años y la literatura existente. Su conversión a un formato más breve parte de los hallazgos en atención primaria, donde se aplica ACT breve con resultados prometedores (Glover et al., 2016). Consideramos e incluimos en las hipótesis que FAP aportaría una serie de elementos que ACT no considera, como el vínculo humano como vehículo para el cambio, el refuerzo contingente o el moldeamiento *in situ*.

Estos protocolos y hallazgos previos ya existentes convergen en FACT, y en cada estudio se detallan paso a paso los elementos más importantes que han desembocado en los seis estudios, llevados a cabo en los diferentes contextos. En cada experimento se expondrá el protocolo específico que se ha seguido en cada contexto. Este protocolo pretende edificar un puente entre los procesos clave basados en la evidencia científica de una filosofía común (contextualismo-funcional) y en esta tesis con el protocolo conjunto de ACT+FAP.

1. Características del protocolo FACT

El protocolo final con FACT se llevó a cabo utilizando una adaptación del formato “2 + 1” (*Two-plus-One Model of Therapy*; Barkham y Shapiro, 1990). Este formato consiste en una intervención breve debido a su corta duración, flexibilidad y alcance. Aunque cada intervención ha seguido un formato adaptado específicamente a cada ambiente, todas ellas han partido de la idea de este formato inicial que ha demostrado tener resultados estables en diferentes intervenciones con diferentes poblaciones (Bond y Bunce, 2000; Bond y Hayes, 2004). Permite por un lado concentrar la intervención y, por otro lado, permite el ensayo y la generalización funcional a través de ejercicios y tareas para casa. Esto permite una mayor profundización de los procesos que se llevan a cabo en la intervención.

La filosofía del protocolo consistió en tratar cada sesión como si fuese la última, induciendo cambios intensos y radicales (ver la Tabla 4.1). Los procesos centrales fueron: consecuencias y costes de la evitación, aceptación de las experiencias privadas, promoción de la conciencia, atención y el compromiso con una vida valiosa conectada con la presencia de sufrimiento.

En la sesión inicial se presentan los beneficios del programa y lo que promueve la cultura (eliminación de experiencias desagradables o reforzamiento negativo). Se describe el control como problema y la evitación experiencial, junto con el análisis funcional individual, la clarificación de valores personales y el compromiso con ellos, la desesperanza creativa y, finalmente, el “Yo” como contexto (actuando con las barreras personales).

La segunda sesión se centra en un breve resumen de la sesión anterior, que incluye ejercicios de defusión, fomento de la conciencia/atención y la disposición para contactar con los eventos privados desagradables (pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones), y responder a la propia conducta en un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica del “Yo”.

FAP se integró especialmente respecto a las formas de relacionarse con su contexto, incluyendo procedimientos y ejemplos en todos los ejercicios experienciales con el propósito de: evocar CCR1, reforzar CCR2, y promover CCR3.

La sesión final tuvo como objetivo promover el compromiso con un sentido vital basado en los valores personales (vida valiosa), prevención de recaídas y la aceptación del malestar. Todas las sesiones individuales incluyeron tareas para casa y estaban

relacionadas con el contenido de cada sesión, junto con ejercicios y metáforas (ver Anexo 2), con el propósito de producir una generalización funcional en su vida diaria. Al mismo tiempo, se propusieron retos encaminados a contactar con el malestar a lo largo de la semana y promover comportamientos más adaptativos a su vida o CCR2.

Tabla 4.1. Resumen de las características y ejercicios del protocolo FACT

1. Beneficios del programa para promover la adherencia a la intervención y motivar a los participantes. Operaciones de establecimiento. Construyendo empatía, conciencia, coraje y amor (Modelo ACL de FAP)
2. Énfasis en la alianza terapéutica, validación emocional y refuerzo positivo.
3. Análisis funcional individual.
4. Evocar CCR1 y reforzar diferencialmente las conductas objetivo CCR2.
5. La desesperanza creativa. Metáfora: "Arenas movedizas", "Bienvenidos todos y el invitado molesto". Video: "The fly meditation".
6. Control como el problema. Ejercicios: "Elefante rosa", "Olvida los números: 1, 2, 3".
7. El Yo como contexto. Metáfora: "Tablero de ajedrez", "La radio", "Dos PC's" y "Gracias a tu mente".
8. Trabajo con valores (sentido vital) y compromiso con las acciones. Metáforas: "Cumpleaños" y "Jardín".
9. Breve recapitulación de la última sesión. Clarificación de valores y actuar con barreras. Metáfora: "Pasajeros del autobús".
10. Defusión. Ejercicios: "Me doy cuenta de que estoy pensando y tengo el pensamiento de...", "Hojas en un arroyo", "Fusión con la palabra Limón y ejercicio", "Mensajes de texto como pensamientos en su teléfono móvil".
11. Toma de perspectiva (enmarcar la propia conducta en un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica "Yo"). Ejercicio de aceptación: "Fisicalización".
12. Prevención de recaídas. Metáfora: "El jinete", "Bambú japonés" y "El barro".
13. Ejercicios para casa: En busca de la generalización funcional CCR3. Actuar con las barreras (pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones) hacia los valores personales. Conciencia plena en la vida cotidiana.

*Ver metáforas completas en el Anexo I

2. Procesos esenciales en el protocolo FACT

El proceso más importante, como se ha hecho mención explícita anteriormente, es el análisis funcional. El protocolo final se ha empleado de manera individual, lo que permite un trabajo personal más en profundidad, y el análisis funcional individual que será el mapa para el cambio terapéutico y los procedimientos usados, la brújula.

Hay que tener en cuenta que ACT va en contra de lo que la cultura actual promueve (como se ha explicado en los capítulos anteriores): modelos de evitación experiencial, que fomentan la “felicidad” a toda costa, no sufrir con nada, y como único objetivo en la vida “estar siempre bien”. Por ello habría que ser muy cautos a la hora de explicar las condiciones con las que se trabajan estos procesos. Cuando el cliente haya entendido que lo que hace precisamente constituye el problema (la estrategia y no la persona), entonces estará preparado para aceptar el contenido de sus eventos privados en dirección a sus valores personales, que será el objetivo a conseguir aunque el cliente se sienta mal.

2.1. Experiencia creativa de la desesperanza

El propósito es mostrar que hay una agenda de cambios que no han funcionado y que los intentos de la persona por resolver el problema, al contrario, lo han empeorado. Es importante hacer explícito que lo que no ha funcionado son las estrategias y que la persona no es el problema. Se le ofrece amablemente que quizás de manera cultural se han promovido estrategias que no le han ayudado a resolver el problema, por ejemplo, el uso de ansiolíticos, darle vueltas al problema, buscar las causas, porqués, pensar en positivo, distraerse, etc. Se determina qué tipo de acciones ha intentado realizar para mejorar, examinando si realmente han funcionado en la experiencia del cliente, y tratar de crear un espacio para realizar algo nuevo. Por ejemplo, “si haces lo mismo de siempre, vas a obtener lo de siempre”. Se debe hacer explícita la lucha como problema y los intentos fallidos de solución. Nunca se intenta convencer al cliente, su experiencia es el árbitro absoluto, es lo que la tradición Zen denomina "estar acorralado". Unos ejemplos de preguntas que se pueden realizar siguiendo a Harris (2009) serían: “¿Qué has probado?, ¿cómo ha funcionado?, ¿cuál ha sido el coste?, ¿estás abierto a algo diferente?”.

La pieza "creativa" en la desesperanza creativa se refiere a la apertura que se produce cuando los clientes finalmente abandonan el control de los eventos privados, y centran su atención en sus acciones y en vivir una vida que se alinee con sus valores elegidos. El objetivo es simplemente acelerar el proceso de abandonar lo que no funciona (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011). Cuando los clientes se ponen a trabajar con una nueva agenda o unas nuevas estrategias, pueden sentirse perdidos o confundidos porque el camino que han seguido ya no parece viable. Esto no sería un signo negativo; es una señal de que los viejos comportamientos de control están empezando a desaparecer. Sin embargo, esto suele generar en el cliente por norma general un sentimiento de "desesperanza", que invita a cambiar el rumbo vital. Se puede validar esta frustración y desesperanza, por ejemplo: "*Tiene sentido que te sientas molesto después de poner tanto esfuerzo en algo que no te ha funcionado*". Para evitar de nuevo el castigo o culpa, se hace hincapié en que lo único que no ha funcionado es la estrategia, que además está promovida por esta cultura occidental que rechaza el dolor, con el uso indiscriminado de estrategias de evitación, buscando la felicidad de manera continua.

El proceso de la desesperanza es un proceso continuo a lo largo de la intervención, al igual que el análisis funcional, y un error común por parte de los terapeutas es tratar de convencer a los clientes de que la evitación no está funcionando o que deben renunciar a su agenda de control experiencial y personal. Tiene que ser a través de la experiencia de la propia persona, aprendido como reglas de seguimiento con contingencias en su vida, y no infundir otras reglas verbales al cliente, que se sigan solo porque lo dice el terapeuta. Otra es que los terapeutas pueden intentar presionar a los clientes más de lo que la persona está dispuesta a asumir, y es esencial que la experiencia y el propio cliente sean el árbitro en la terapia en cada momento. Por lo tanto, la desesperanza tendrá éxito si la confrontación entre los intentos por solucionar el problema y la experiencia del cliente convergen en el mismo punto.

El terapeuta será el guía para ayudar en todo el proceso y/o para hacer más probable que el cambio ocurra, observando, moldeando y derivando funciones, además de aplicar los principios de conducta adecuados. Asimismo, el terapeuta ha de mantenerse al margen, tanto ideológicamente como del contenido de los clientes, y no quedar atrapado también en el "bucle" del cliente. Debe mantener la perspectiva en todo momento y ver las funciones y no la topografía. No ha de animar a realizar un comportamiento u otro, para evitar caer en que algo diferente sea también una evitación

a su vez. Por ejemplo, si el terapeuta le recomienda salir a hacer deporte, puede ser una buena estrategia para cambiar sus emociones y no estar continuamente pendiente de sus pensamientos y problemas, pero si supone una estrategia evitativa, entonces es más de lo mismo, y la terapia está cronificando una evitación experiencial con otra estrategia nueva, que se une a todas las que el individuo ya había intentado sin éxito.

Tabla 4.2. Esquema de los elementos más importantes de la desesperanza

1. Se altera el contexto de dar razones (argumentar o justificar) que no sirve.
2. Situar al cliente frente a su experiencia de que el problema está en lo que hace, o en el plan que sigue para acabar con él. Lo negativo no son los pensamientos o emociones, sino lo que hace con ellos. El miedo es una respuesta adaptativa. El síntoma no es el problema, el problema es lo que hace con el síntoma. El problema es la estrategia que ha usado, que no ha servido para quitarse el malestar.
3. Es una experiencia dolorosa y confusa “el darse cuenta” de que está instalado en una estrategia que no sirve.
4. Cambiar el sentido de culpa por el de responsabilidad.
5. No se dan razones sobre la lógica de la estrategia para evitar fomentar lo mismo que creó el problema (funcionalmente sería equivalente). La estrategia nunca debe ser para eliminar el malestar, al contrario. Si el cliente deriva que cambiando la estrategia se sentirá mejor, intentará no hacer lo que hacía para sentirse mejor, entonces no le funcionará.
6. El malestar es posible que no se vaya, pero aprenderá a vivir la vida que quiere.
7. Tiene que quedar claro que el planteamiento es aprender a vivir con el malestar (pensamientos y emociones desagradables).
8. Cuando se dan pasos hacia valores, se alteran las funciones aversivas de los eventos y el malestar deja de ser tan intenso.
9. Hacer explícito que el control es el problema (“olvida los números 1, 2, 3”, “No pienses en un patito amarillo”).
10. La metáfora de las arenas movedizas o el video de la mosca (“ <i>The fly meditation</i> ”) ilustran el proceso de que la lucha constituye el problema. Alternativa: desarrollar una actitud de quietud (ver apartado de metáforas usadas en el protocolo al final del capítulo).

2.2. Los valores en el contexto terapéutico

Los valores han sido objeto de intervención desde todas las perspectivas y modelos en psicología. Cada paradigma hace énfasis y describe los valores de un determinado prisma, dependiendo del tipo de aproximación: psicoanálisis, cognitivo-conductual, humanista, terapia *gestalt*, estratégica, sistémica, planteamientos existenciales, etc. Estos enfoques incurren en una visión racional de los valores, es decir, en términos de razones. Desde la perspectiva contextual-funcional, se entienden los valores enganchados a la historia personal y a la conducta de cada individuo, tomándose como elecciones y no como valoraciones que alguien determina. Las valoraciones están determinadas por el resultado y las razones, pero las elecciones se eligen por encima del resultado y de las razones. La conducta del individuo depende de su historia, por tanto, es personal e intransferible. Los valores serían individuales y estarían ajenos de todo juicio por parte del terapeuta. Los valores no los puede encontrar el cliente en un catálogo.

Desde la filosofía de este protocolo FACT no se han trabajado los valores como meros objetivos, sino como aquellas acciones valiosas arraigadas en un sentido existencial de trascendencia. Como marco de referencia en propuestas terapéuticas como Yalom (1984), Frankl (1961) con una convergencia y paralelismo en ACT (Pérez Álvarez, 2001) desde la historia de reforzamiento personal y las contingencias en la derivación de funciones verbales (Wilson y Luciano, 2002). El planteamiento funcional de los valores se ha visto complementado y avalado de manera experimental a través de las investigaciones sobre el lenguaje y la transformación de funciones en la Teoría del Marco Relacional (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Whelan y Barnes-Holmes, 2004). Estos datos permiten explicar mejor las facetas complejas que rigen el comportamiento humano (Hayes y Berens, 2004), las relaciones verbales que gobiernan al ser humano orientado a objetivos y valores a largo plazo y los tipos de regulación verbal (Hayes, Gifford y Hayes, 1998; Wilson y Luciano, 2002).

Los valores se construyen a lo largo de la vida y se configuran a través de la historia de cada persona. En la práctica clínica, el abordaje de los valores personales se entiende como pasos a seguir en un horizonte al que aspira llegar el cliente. El terapeuta debe de tener un análisis exhaustivo de esta información para lograrlo (Blarrina,

Gutiérrez, Valdivia, y Luciano, 2006). El propósito es mostrar el coste que tiene para el cliente el distanciamiento con sus valores y por el contrario, reforzar naturalmente las acciones de aproximación a valores para que la persona se alinee con ellos. El terapeuta tendrá que conectar el sufrimiento con un horizonte vital del cliente, no como un objetivo que se alcanza o cumple. Los valores no se alcanzan nunca pues serían una dirección de vida. Se entiende por valores, una dirección en la que se está, no algo que se tiene o se pueda alcanzar o poseer. Se diferencian de los objetivos en que, estos son alcanzables, cuantificables, como por ejemplo “ser padre, tener un hijo, una carrera o un máster”. Por el contrario, “ser buen padre” es un valor, nunca se llega a ser el mejor padre del mundo, por lo tanto, es la suma de acciones que conducen al ideal de ser un buen padre. Otro ejemplo sería si el *objetivo* de una persona fuese ir a Madrid, pero ir al Norte sería un *valor*, dado que por mucho que se avance, nunca se llegará al Norte. Es una dirección en la que se está o no se está y se trabaja por medio de acciones. En este ejemplo, tomar un tren sería una *acción* para llegar a Madrid que se encuentra más cerca del Norte (valor). Si mi valor es ser buen profesional, puedo empezar hoy con alguna acción que me aproxime a ese valor, como apuntarme a un curso o un máster.

El trabajo del terapeuta consiste en clarificar los valores y alentar a la persona a que sus actos se aproximen lo máximo posible a la dirección que considera valiosa, por ese motivo los valores son únicos, personales e intransferibles. Los valores van a ser el motivador para que el dolor de la persona tenga significado, le den un sentido a su vida, y que cuando se mire en el espejo diga: *“He vivido una vida valiosa, que merece la pena ser vivida, porque he hecho aquello que quería hacer, aun habiendo dolor por el camino, no cambiaría mi vida, y la volvería a vivir una y otra vez”* (Eterno Retorno de Nietzsche).

2.3. Sufrimiento como parte de la vida y aceptación

Entonces se inicia la derivación de funciones aversivas a las estrategias de evitación. Teniendo en cuenta la mecánica de las metáforas (ver apartado de RFT), se hace hincapié en la transferencia y transformación de funciones aversivas y discriminativas para repertorios de evitación, y también establecer funciones motivacionales (operaciones de establecimiento), que operan a través de los valores personales. Los eventos privados (no ser capaz, tristeza, desgana, miedo, ansiedad) que

están en oposición hacia los valores personales (ser buen profesional, buen padre) se ponen en coordinación con aquel horizonte de valores, para que el malestar esté en la misma dirección de los valores y sea el único camino posible. Con esto se quiere conseguir que la evitación sea más aversiva, pues se encuentra ahora en oposición con los valores. Con este procedimiento se consigue que los intentos por solucionar el problema sean ahora el problema y la evitación se convierta en aversiva. El coste de permanecer en la vida que lleva hasta ese momento tiene que ser muy alto, más que el de cambiar de estrategia. El individuo ha de elegir: bien no llevar la vida que quiere “sin malestar”, o bien llevar la vida que quiere con malestar. Cada vez que el cliente emplea una estrategia de evitación se encuentra más lejos de la vida que quiere. Es entonces cuando se derivan funciones aversivas hacia su agenda de control para que el coste de permanecer haciendo lo que hace (evitar) sea más alto que el de dar pasos hacia la vida que quiere, aun en presencia de malestar.

También hay que tener en cuenta al servicio de qué están los valores, es decir, cuál es su función en la vida del individuo. Muchos valores se encuentran impregnados de ciertos tipos de regulación verbal (reglas de seguimiento o *pliance*) o deseabilidad social; por ejemplo, que el cliente crea que es un valor ser buen padre o madre, pero de trasfondo lo que verdaderamente controla ese valor es que “otros piensan que ser buen padre es importante”, “es lo que me han inculcado”, etc. Entonces, su función estaría solo bajo reforzamiento social, y no bajo control o valores del propio individuo por sí mismo, en contacto con sus contingencias o vivir diario.

El terapeuta ha de discernir estas funciones y ponerlas encima de la mesa, para que el cliente aprenda a discriminar al servicio de qué están sus valores. “¿*Qué estarías haciendo si no te sintieras culpable sabiendo que para ti no es importante ser buen padre?*”, esta pregunta puede ser un ejemplo encaminado a descifrar el verdadero servicio de sus eventos privados y sus valores. El practicar ejercicios como la defusión, la aceptación o el distanciamiento tienen que servir a un valor. La finalidad no es eliminar síntomas, sino vivir una vida plagada de significado, en presencia de dolor, que es inevitable a la existencia humana. Esta construcción verbal de los valores personales y sus acciones, guían a los seres humanos a persistir en un comportamiento aun en presencia de dificultades. Esto se conoce como “flexibilidad psicológica” (Bond, Flaxman, y Bunce, 2008). Sabemos, que todo aquello que produzca malestar, está inseparablemente unido y conectado con lo que es importante para el cliente. Si el ser humano sufre es porque tiene algo por lo que luchar, de otro modo, perder algo que no

tiene importancia no genera sufrimiento. El malestar está unido a la naturaleza humana y el dolor forma parte de la vida, al igual que no podemos evitar o controlar que aparezcan desgracias en nuestra vida o momentos difíciles, lo que sí podemos controlar es la manera de relacionarnos con esos eventos. Algunas tradiciones orientales como el *Vedanta*, exponen en su filosofía que el apego y la resistencia va ligado al sufrimiento, se sufre si no se tiene algo que se quiere, pero se sufre también si se tiene y hay miedo a perderlo. Si se basa la vida en objetivos, se puede convertir en un círculo vicioso de insatisfacción-deseo-satisfacción-deseo-insatisfacción (Yalom, 2011). No obstante, si sufrir tiene un significado vital basado en direcciones o valores, ello confiere un sentido diferente a la vida. En un ejemplo práctico: “*Si te dijera que el coste de no sufrir desencantos amorosos es vivir solo. - ¿Qué eliges?*”. La naturaleza del ser humano es social, nacemos, crecemos y vivimos en comunidad, por lo que renunciar a esto supone un coste muy alto.

2.4. Clarificación de valores

El papel del terapeuta consiste en clarificar aquella dirección valiosa para el cliente, sacar a la luz si esos valores no se encuentran presentes, descubrir que áreas importantes tiene en su vida o incluso plantar nuevos árboles en su jardín (ver metáfora del jardín en los procedimientos usados). En no pocas ocasiones, el malestar es tan alto, y la persona lleva tanto tiempo evitando exponerse a aquello que es realmente valioso, que no sabe muy bien cuál es el motivo por el que se levanta cada mañana. El coste que ha pagado por no tener malestar es tan alto, que ha podido llegar a olvidar hacia dónde se dirige. A veces el viento sopla tan fuerte (malestar) que uno se plantea en qué dirección debe ir, por lo que el rol del terapeuta es conectar el viento con una dirección. Un mismo cliente puede elegir quedarse en casa ante un dolor de cabeza, y por tanto su vida estaría al servicio del dolor o aun teniendo dolor, sale porque es importante ir a recoger a su hija al colegio. El objetivo del terapeuta es anclar el malestar a los valores personales, para que el malestar cobre significado. No es lo mismo cruzar un río helado y profundo porque sí, que cruzarlo porque al otro lado hay algo muy importante que nos aguarda (familia, amigos, pareja, trabajo). Los valores otorgan sentido al malestar del proceso de cruzar el río. El camino será duro o difícil, quizás aversivo y peligroso, pero estará conectado con algo muy valioso para la persona. Al principio la desorientación

puede ser de gran magnitud por los años que ha acumulado evitando. En la desesperanza creativa se verá qué ha conseguido con esos intentos fallidos (en la dirección de siempre) y dónde le han llevado sus actos; por ejemplo, alejarse cada vez más de la dirección deseada por un alivio a corto plazo. No solo no se encuentra en la dirección vital que desea por no estar en contacto con el malestar, sino que además sigue teniendo malestar. Esta es la trampa y paradoja de la evitación experiencial destructiva (Wilson y Luciano, 2002) o la inflexibilidad psicológica que limita el repertorio y las funciones nuevas en el presente, y que impide moldear el comportamiento en base a las contingencias y crear repertorios más flexibles. Situar a la persona frente a un horizonte de valores permite desactivar las funciones aversivas de los eventos privados y es la clave de la terapia, como se puede ver en Páez et al. (2006).

Tabla 4.3. Esquema de los elementos para trabajar con valores

1. El empleo de ejercicios experienciales (ejercicio del cumpleaños o del funeral) y tareas para casa con el propósito de facilitar el contacto con los valores evitados: “¿Cuáles son tus miedos?”. Exponer al cliente a sus valores conectando el sufrimiento con la vida que desea. Frenar el autocastigo y la rumia acerca de fracasos anteriores en áreas valiosas.
2. Exposición para generar una mayor flexibilidad con respecto al contenido psicológico que evita. El contenido aparece como barrera frente a los valores que persigue: malestar versus valores, en lugar de malestar y valores.
3. Empleo de desesperanza, metáforas, paradojas y ejercicios para clarificar valores.
4. Identificar valores y las barreras. Pasos que la persona puede dar para acercarse mañana mismo un poco más hacia la vida que quiere vivir.
5. Los valores se edifican a lo largo de la vida y vendría a ser la brújula que indica la dirección y el horizonte terapéutico. Es lo que otorga sentido vital a las acciones del día a día.
6. Es un aspecto clave tanto en ACT como en FAP.
7. Está presente en todas las sesiones y es lo que hace que el cliente discrimine el camino donde tiene que conducir sus pasos día a día.
8. Los valores no se encuentran en un catálogo o existen unos mejores que otros. Es el cliente quien elige los que sean más congruente con su historia y con la vida que quiere vivir.
9. El terapeuta ha de ser aséptico, neutral y no pretender volcar sus valores en el cliente, aun a pesar de que no esté de acuerdo.

2.5. Control de los eventos privados como problema

El problema con las estrategias de control es que funcionan el tiempo suficiente para mantener alejados los sentimientos dolorosos, pero esa trampa solo dura un tiempo. A la larga, aparece de nuevo eso que queríamos esconder. Como sabemos por las leyes del aprendizaje, una conducta bajo reforzamiento negativo al eliminar algún evento contingentemente, aumenta aún más su frecuencia. Los eventos privados no funcionan de una manera diferente al resto de conductas.

Habitualmente intentamos aplicar las mismas reglas de juego del mundo externo al interno, y ello puede generar serias dificultades o problemas añadidos a largo plazo. La estrategia que solemos utilizar para abordar un problema en el mundo externo es el control, es decir, si tienes un problema, busca la causa y elimínala para que el problema desaparezca. Por ejemplo, si tengo frío voy a buscar una manta, si se ha fundido una bombilla puedo cambiarla, o si tengo incomodidad en los zapatos me los puedo quitar. Todas estas conductas se mantienen por reforzamiento negativo, y lógicamente aumentan los repertorios de evitación de todas esas molestias. Además, puedo controlar todo esto y es muy probable que tengamos mantas guardadas por si hace frío, o bombillas guardadas para cuando se fundan, incluso usar siempre plantillas para evitar molestias en los zapatos.

El problema viene al aplicar esta misma estrategia a los eventos privados, escapando al tener emociones negativas o realizando algunas estrategias cognitivas para evitar que lleguen a aparecer. El proceso de aprendizaje es el mismo (reforzamiento negativo), pero los eventos privados no se pueden quitar del todo, no pueden desaparecer, los pensamientos o emociones forman parte continua de lo que somos, un organismo. Por lo que, si en un contexto social intentas olvidar el pensamiento de “he hecho el ridículo”, “soy un inútil”, “no se hacer nada bien”, puedes conseguirlo momentáneamente, pero paradójicamente cuanto más lo intentas, menos lo consigues. Puedes hacer la prueba en tratar de “no pensar en un patito amarillo” o “no pensar en un oso blanco”. Podrás comprobar que tratar de no pensar en algo aumenta la probabilidad en la frecuencia e intensidad del contenido que deseas eliminar (además aumenta la red relacional), por lo que habría que aceptar que el mundo privado no se puede controlar físicamente como se quita un zapato. Un ejemplo clínico característico de los mismos principios de reforzamiento negativo ocurre con los problemas obsesivo-compulsivos, donde a través de una actividad (compulsión) el individuo intenta controlar y eliminar la

molestia o preocupación constante que tiene, por ejemplo, mientras se lava compulsivamente desaparece el peligro de contagio y la preocupación de enfermedad (se refuerza negativamente), pero al poco tiempo y a largo plazo esa compulsión vuelve a repetirse, porque el “pensamiento” o la “preocupación” le acompaña allá donde va, no se quita tan fácilmente con lavarse.

Las leyes de aprendizaje son las mismas, y por eso aumenta la frecuencia de los eventos privados molestos, pero las estrategias que solemos utilizar para controlarlos no son las más adecuadas. No obstante, nuestra cultura promueve lo contrario, el control emocional y el control cognitivo. Además, otros modelos psicológicos se han adaptado al modelo biomédico de buscar el síntoma y eliminarlo, y precisamente los tratamientos cognitivo-conductuales de “reestructuración cognitiva” o de “parada de pensamiento” se basan en quitar los pensamientos y/o tratar de cambiarlos por otros. Se basan en “eliminar el síntoma”, quitar la preocupación, o quitar la compulsión de lavarse, pero no las causas o variables que lo están manteniendo.

El problema radica en el control o el cambio de eventos privados, donde el cliente intenta suprimirlos mediante conductas que van encaminadas a eliminar los pensamientos y emociones desagradables. El objetivo terapéutico es aprender a convivir con los pensamientos indeseados y emociones que producen miedo, preocupación, ansiedad, tristeza, etc. Ya que diversas investigaciones apuntan a que el control o el cambio de pensamientos, sentimientos y sensaciones, aumenta la frecuencia e intensidad de estos (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004). Cuando luchamos con pensamientos y emociones, agregamos sufrimiento sobre el dolor que conlleva vivir.

Muchos intentos de controlar y evitar la experiencia privada no deseada, aumentan aún más esa experiencia privada (por ejemplo, detener el pensamiento) y pueden conducir a otras conductas que produzcan daños psicológicos y/o físicos (por ejemplo, adicciones, autolesiones, suicidio). La evitación disminuye la flexibilidad psicológica, se mantiene por reforzamiento negativo, manteniendo una conducta rígida evitando siempre antes de que aparezca la estimulación aversiva, lo que disminuye las oportunidades de refuerzo positivo, de tener contacto con otras funciones en el contexto habitual, e incapacita al individuo para aprender nuevos repertorios más flexibles mantenidos por reforzamiento positivo y por las contingencias. Los esfuerzos van encaminados a controlar lo que no se quiere (eventos privados negativos), y esa actividad de evitación se convierte en el centro de la vida del cliente.

El propósito desde FACT es que el cliente se centre en las acciones de su vida diaria, que aprenda a convivir con el contenido privado que desea eliminar, y orientar sus pasos hacia áreas más significativas. Desde este enfoque no existirían los pensamientos, sensaciones, emociones, o sentimientos negativos y tampoco positivos, serían solo pensamientos y emociones, nada más. No se valoran, solo se describen. No se niega que para el individuo que los tiene sean desagradables, pero no son negativos. Son parte de lo que el ser humano tiene que sentir. Al igual que podemos alegrarnos al escuchar una canción, también podemos ponernos tristes al escuchar otra diferente. Es una parte inevitable de la vida.

Lo que deberíamos clasificar realmente como “negativo” sería lo que la persona hace para intentar eliminar esos eventos privados: beber alcohol, consumir drogas, comer chocolate, donuts, subir fotos o publicaciones a las redes sociales, hacer compras, posponer tareas, procrastinar, jugar a la consola, no salir de casa, etc. Aunque topográficamente puedan ser problemáticas diferentes, todas ellas pueden compartir una misma función: evitar sentir malestar. Estas acciones funcionan a corto plazo, donde la persona se siente mal por haberlo dejado su relación y en lugar de afrontar el dolor al aparecer la emoción, busca refugio para no sufrir en estas estrategias. Lo que conlleva alejarse de la vida que quiere (salud, amigos, familia, trabajo). El coste de mantener estas acciones sí que afecta negativamente a la vida de la persona y a sus valores.

Tabla 4.4. Esquema de los elementos del control como problema

1. Las terapias contextuales abogan por controlar aquello sobre lo que tenemos más control: las acciones que tomamos. Se detectan las barreras y se construye una vida aun teniendo esas barreras. Dar pasos hacia los valores y estar dispuesto a contactar con las barreras (“metáfora del autobús”, “invitado molesto”).
2. En el ámbito de control de los eventos privados: “si no lo quieres, lo tienes”.
3. También estar dispuesto a “verse atrapado de nuevo”, “caer de nuevo”, “equivocarse”, “ya estoy igual que antes”, “esto no sirve”, “no mejoro”, “no tengo arreglo”.
4. Los valores como un tipo de regulación verbal tipo. Reglas motivacionales que alteran las funciones de las recaídas.
5. Aprender a reconducir la dirección de su vida cuando note que se está a punto de caer. Y promover la libertad de elegir la dirección de su vida (elegir entre ser víctima o responsable).

2.6. Toma de perspectiva y defusión

Las técnicas de defusión cognitiva están diseñadas para reducir las funciones aversivas del lenguaje al alterar el contexto en el que ocurren, en lugar de intentar alterar la forma, o frecuencia de los mismos. Estos procedimientos se han desarrollado en los laboratorios en base al aprendizaje relacional para producir “defusión cognitiva” y conducen a reducciones en la credibilidad de los pensamientos negativos (Masuda, Hayes, Sackett, y Twohig, 2004). En dos ensayos controlados ha mostrado ser eficaz la defusión con personas con problemas depresivos, tanto en psicoterapia individual como en formato de grupo (Zettle y Hayes, 1987). En otro estudio más reciente, se comparó una versión de 3 horas de ACT donde se hacía énfasis en la defusión cognitiva, con el tratamiento usual en la prevención de las recaídas hospitalarias de individuos psicóticos con delirios o alucinaciones (Bach y Hayes, 2012). Esta versión breve y especializada de ACT redujo las hospitalizaciones en un 50% durante un seguimiento de 4 meses. El proceso de cambio, nuevamente, involucró un rápido descenso en la credibilidad de los síntomas, pero no en su frecuencia.

Esta concepción ya parte de los primeros manuales sobre Psicología. Titchener (1916, pp. 425) argumentó que cuando una palabra se dice en voz alta una y otra vez, el significado desaparece. Esto puede resumir de manera simple los objetivos de la defusión. Esta técnica es casi un arquetipo de los procedimientos que intentan cambiar la función de un evento privado en lugar de su forma u ocurrencia, ya que implica un intento de cambiar la función precisamente al producir repetidas veces la misma forma verbal. Algo después (Zettle y Hayes, 1987) alteraron las funciones de los pensamientos privados mediante el empleo de formas de distanciamiento o técnicas de defusión. Desde esta perspectiva, en FACT el objetivo es tomar distancia de la credibilidad y el impacto que producen los pensamientos.

Las técnicas de defusión intentan socavar la literalidad de los pensamientos, y que la persona tome perspectiva para que los eventos privados no le impidan alcanzar aquello que es valioso para la persona. Cuando los clientes quedan atrapados por ese patrón inflexible en los que la persona enmarca los pensamientos en equivalencia o coordinación con uno mismo, por ejemplo, “soy incapaz” o “soy un inútil”, tiende a responder emocionalmente a estas palabras como si fuesen una realidad. Esto les impide

mostrarse como diferente de los eventos privados, y no les permite ser sensibles a las contingencias o al resto de funciones que se podrían estar presentes (lograr eso que teme). La evidencia nos dice que conforme las personas alteran las funciones del lenguaje en sus vidas, disminuye la frecuencia de los pensamientos (aunque ese no necesariamente es el objetivo en la defusión). Por ejemplo, cuando los clientes se empiezan a reír a partir de un contenido verbal que anteriormente tenía una función emocional aversiva, provocando llanto, quiere decir que se ha transformado su función. No obstante, la finalidad de estas técnicas no es defusionar por sí mismo, sino que el cliente lleve una vida con significado y que sus eventos privados no sean una barrera en su vida.

Por otro lado, en la toma de perspectiva el terapeuta intenta reducir la literalidad del lenguaje y/o que el contenido psicológico no ejerza un control total sobre la vida del cliente. El contenido literal de los pensamientos, de los sentimientos, se adhiere fácilmente a su perspectiva como persona, comprometiendo así un sentido más amplio de sí mismo, e influyendo fuertemente en su comportamiento. En ese aprendizaje se encuentra “fusionado” a su concepto de Yo, las palabras o eventos privados. De esta forma, el individuo suele responder de la misma forma, puesto que los tres marcos relacionales tienen la misma función, y realmente el individuo responde a las palabras como si fuesen objetos reales. En contraste, el Yo como proceso y contexto están diseñados para reducir esta retención, separando así el Yo del contenido. En los ejercicios y metáforas de FACT se lleva al cliente a separar el control de cada tipo de estimulación, de forma que sepa y pueda separar quién es el mismo, cuáles son sus emociones y cuáles son sus pensamientos. El resultado es que el cliente adquiere un sentido más seguro de sí mismo, que promueve la acción hacia otros repertorios no limitantes y comportamientos orientados a valores (Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, y Luciano, 2013; Luciano et al., 2011).

En este protocolo con FACT, el apartado toma de perspectiva se ha trabajado principalmente promoviendo la participación de la persona con un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica-Yo, y también a través de marcos de distinción, para reducir la coordinación de esas emociones y pensamientos para que no ejerzan control sobre la vida del cliente. Por ejemplo, “*Yo no soy mi mente, soy quien decide si hacerle caso o no*”, o “*estoy teniendo el pensamiento de que soy incapaz*”.

Tabla 4.5. Esquema de los elementos de la toma de perspectiva

1. El Yo vendría a ser la convergencia de la historia de las contingencias del cliente en el presente.
2. Fisicalización. Se emplea como técnica para cultivar varios aspectos de los procesos de ACT, como por ejemplo el contacto con el momento presente, aceptación, Yo-contexto, defusión. Este ejercicio es muy potente y pueden emplearse con discriminaciones para establecer explícitamente la diferenciación de la persona y sus eventos privados, para así fomentar el yo observador, que la persona no actúe en coordinación con sus eventos privados y fomentar marcos jerárquicos con el deíctico-YO.
3. Los procesos están encaminados a permitir la acción de estar abiertos a los eventos privados.
4. Diferenciar entre el Yo como contenido (“yo soy tonto”) y un Yo cómo proceso (quién se da cuenta que tiene el contenido: “yo estoy teniendo el pensamiento de que soy tonto”) y el Yo como contexto (“yo soy algo más que mis pensamientos”, “soy esa parte que siempre permanece”).
5. Contexto de distanciamiento en el que se alteran las funciones, en las que se pasa de ser el contenido a ser quien observa el contenido.
6. El cliente puede notar si está fusionado o “preso” por las funciones verbales aversivas a ciertos contenidos “yo soy un inútil” a “yo tengo el pensamiento de que soy un inútil”.
7. Metáfora del tablero de ajedrez, autobús, ejercicio del observador de un cuadro (ver anexo 1).
8. Marcos jerárquicos (“quién es más grande: Yo”). Marcos deícticos (“quién tiene los pensamientos: Yo”).
9. Permitir estar dispuesto y abierto a tener los eventos privados.
10. El propósito es romper la fusión entre las palabras y las funciones dadas por la historia del cliente.
11. Socavar las funciones de valoración y de dar razones para actuar de manera acorde a los valores personales, y generar un espacio entre la persona y sus eventos privados, entre sus palabras y la función.
12. No existe contigüidad o asociación siempre entre los eventos privados y las conductas públicas.
13. Desliteralización: ejercicio de repetir la palabra “leche” para dismantelar las funciones aversivas del lenguaje y romper la fusión
14. Estoy teniendo el pensamiento, “¿Quién está teniendo el pensamiento? ¿Quién está observando este pensamiento? ¿Qué puedes decir desde tu yo-aquí y ahora a tú yo-ahí en ese momento; que pueda ayudarte en tu próxima situación incómoda?”
15. Ejercicio de llevar la mente a pasear, ejercicio de la cabalgata, ejercicio de llevar los eventos privados que le molestan en tarjetas mientras hace lo que le importa. Ejercicio de decir “no puedo hacer x” mientras lo hace”. Ejercicio de escuchar lo que la mente dice como una radio que vende valoraciones, razones y detectar cuándo se compra y si es lo que realmente quiere. Ejercicio para cambiar la función del “pero” por la del “y” de Wilson y Luciano (2002).

3. Procesos usados desde FAP

Desde el enfoque conceptual y terapéutico de FAP se asume que gran parte de la psicopatología o el sufrimiento humano es de naturaleza interpersonal, y la relación o vínculo que se establezca con el cliente es un elemento crucial para lograr los objetivos terapéuticos y la mejoría clínica. Aquí resulta fundamental el énfasis analítico en la descripción del comportamiento en términos de funciones en lugar de topografías (Hayes y Follette, 1992). Los autores de FAP Kohlenberg y Tsai (1991) no especificaron técnicas de tratamiento concretas o un protocolo fácilmente replicable; más bien, explicaron tres tipos de conductas clínicas en las que fijar la atención y cambio del terapeuta, y cinco reglas funcionales para guiarle en el proceso de la terapia. Esta concepción clínica se integra con ACT de manera armónica, puesto que ambas comparten la dimensión funcional de las conductas problemáticas, y el análisis experimental del comportamiento como base explicativa del mantenimiento de esos problemas. De esta forma, es posible unir los ejercicios, metáforas y procedimientos de ACT, junto con el análisis de conductas clínicamente relevantes, y la utilización de la relación terapéutica con el moldeamiento continuado del terapeuta que se produce en FAP.

El propósito ha sido incorporar los procesos que, tanto desde la literatura sobre el tema como desde nuestra experiencia clínica, consideramos que son más relevantes, sumado a las investigaciones previas que han incorporado ambas estrategias de manera exitosa (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, y Gifford 2004; Gifford et al., 2011; Kohlenberg y Callaghan, 2010; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993).

Los componentes más importantes que se unifican en el protocolo FACT se pueden resumir en los siguientes apartados (ver Tabla 4.6) y son: (1) establecer una relación terapéutica intensa; (2) obtener la generalización funcional; (3) utilizar el refuerzo contingente para disminuir las conductas problemáticas a través de las reglas terapéuticas.

Tabla 4.6. Esquema sobre los principios esenciales en FAP utilizados

Conductas Clínicamente Relevantes (CCRs)
CCR1: Ejemplos en sesión de problemas de la vida diaria
CCR2: Ejemplos en sesión sobre mejorías en la vida diaria
CCR3: Comentarios del cliente sobre relaciones funcionales
Mecanismos de Cambio
El terapeuta de manera contingente responde para disminuir las CCR1 e incrementar las CCR2
Moldeamiento y Reforzamiento diferencial
Reglas
Regla 1: Observar las CCRs (Estar alerta, ser consciente)
Regla 2: Evocar CCRs (Tener coraje)
Regla 3: Reforzar naturalmente CCR2 (Ser terapéuticamente afectuoso)
Regla 4: Darse cuenta sobre el efecto de la conducta del terapeuta sobre el cliente
Regla 5: El cliente proporciona ejemplos de relaciones funcionales sobre su comportamiento y las generaliza a su vida cotidiana

3.1. Relación humana y genuina como vehículo para la transformación

En primer lugar, se presentan los beneficios del programa para promover la adherencia a la intervención y la tasa de participación, motivando a los participantes a que cuanto más se involucren más va a aprender. Se construye una alianza que no juzga, que refuerza positivamente y valida emocionalmente a todos los participantes, de manera empática y con los tres componentes del modelo ACL (conciencia, coraje, amor y conductismo). El propio terapeuta se convierte en la herramienta para el cambio actuando como modelo, como elicitador de comportamientos y al tiempo como reforzador natural de los cambios del cliente. De esta forma, siendo congruente con lo que la teoría promueve a través de sus actos en la interacción directa con los cambios que se producen en sesión. Tras iniciarse la relación humana se emplea la autorrevelación para acercar al cliente la experiencia del terapeuta y situarlo en el mismo plano, que también sufre, tiene problemas y dificultades en la vida. Esto humaniza a la vez que confiere credibilidad a lo que luego se trabajará. Las experiencias personales que se comparten pueden crear un clima de apertura tanto de manera grupal como de manera individual que faciliten un vínculo muy poderoso y que luego no se olviden esas experiencias. Se puede empezar trabajando esta relación compartiendo

cosas en común con la otra persona. Cuando se comparten cosas, es más probable que se desarrolle una relación de confianza, afectiva y de credibilidad. Siempre hay algo en común entre terapeuta y cliente, siempre hay afinidades en casi cualquier persona del mundo, pueden ser gustos musicales, mascotas, viajes, lugares, gastronomía, deportes, etc., pero sobre todo experiencias de vida que puedan ser comunes.

3.2. El moldeamiento como mecanismo de cambio

El procedimiento de moldeamiento por aproximaciones sucesivas fue descrito por Skinner en su primer libro (1938/1975). Consiste en reforzar de manera diferencial las respuestas que se acercan hasta alcanzar la meta. Tiene dos características: aproximaciones sucesivas y refuerzo diferencial contingente. En la Tabla 4.1 aparecen los principios esenciales de FAP que se trabajaron dentro de este protocolo FACT.

El moldeamiento en sesión requiere una profundización exhaustiva en el análisis funcional, habiendo elaborado previamente una conceptualización del caso. Lo primero es conocer la historia del cliente, las variables contextuales que mantienen su comportamiento y las contingencias de refuerzo o castigo en su vida. Como ya se ha descrito en el capítulo anterior sobre FAP, es preciso que el terapeuta se mantenga con todos los sentidos en la sesión para observar las conductas que pueden ser clínicamente relevantes; tanto por lo que está ocurriendo fuera de sesión, como la oportunidad para poder evocar CCR1, moldear a CCR2 y realizar equivalencias funcionales en su contexto habitual para producir generalización.

En FACT el moldeamiento se ha integrado con el análisis funcional y con la desesperanza creativa, en que los intentos por resolver el problema no han conducido a los resultados esperados a largo plazo. Se puede observar en el siguiente ejemplo un moldeamiento en un caso real de un cliente con miedo a tener pareja. Se producen CCR1 y CCR2; el terapeuta refuerza contingentemente y acaba con un ejercicio de aceptación de sensaciones (fisicalización), promoviendo una CCR2 y CCR3.

Tabla 4.7. Ejemplo de un diálogo sobre un caso real donde se muestra el uso del moldeamiento y la aceptación durante la terapia con FACT

T: Me dices entonces que quieres tener pareja.
C: Mmm no sé...
T: ¿No sé?
C: Es que a ver... sí que me gustaría, pero he tenido muy malas experiencias, y cada vez que intento algo me va muy mal. He optado por estar mejor sola
T: ¿Sientes menos miedo estando sola?
C: Sí, pero también sufro...
T: ¿Te ves estando sola en un futuro?
C: Realmente no
C: Siempre me he visto con una familia
T: ¿Y qué hay que hacer para tener una familia?
C: Tener pareja
T: ¿Y qué hay que hacer para tener pareja?
C: Buscarla...
T: ¿Y qué pasos has dado tu para eso?, es decir, ¿qué has hecho estas últimas semanas para acercarte a esa mujer que quieres ser en un futuro con familia?
C: Nada, mi vida es muy monótona, voy de casa al trabajo, del trabajo a casa y los sábados quedo con alguna amiga.
T: ¿Te acerca esto hacia dónde quieres llegar?
C: No.
T: ¿Qué podemos hacer para la próxima semana?
C: No sé, dime tú
T: Yo no lo sé, dime tú que vida quieres tener...
C: Quiero tener familia, pero tengo miedo
T: Y si por el camino hacia tener la vida que quieres tener, está el miedo, que te dice: "no lo vas a conseguir, te van a abandonar, es mejor quedarte sola, si total para lo que hay ahí fuera..."
T: ¿Merece la pena pasar por ahí?
C: Supongo
T: ¿Y si quedas con alguien esta semana?
C: Estoy sintiendo nervios ahora
T: ¿Es la misma sensación que ocurre fuera de aquí en tu día a día?
C: Estoy sintiendo lo mismo de siempre
T: Y si sentir esos nervios te acercan a la vida que quieres tener. ¿Puedes permitirlos y hacer lo que te propones?
C: Ahora mismo lo estoy permitiendo, aunque tenga ganas de salir corriendo.
T: Muy bien, veo que estás tomándote esto en serio y estás dando pasos diferentes para obtener resultados nuevos
C: Gracias, la verdad que no es tan malo sentirse así, visto de esta manera
T: Vamos a hacer un ejercicio para permitir eso que estás sintiendo.

Se expone otro ejemplo de moldeamiento en un caso de un cliente con diferentes miedos. Es importante evocar el malestar en sesión para poder moldear hacia patrones más flexibles de comportamiento, que permitan alcanzar una vida valiosa que puedan reforzar los intentos por cambiar al estar en la vida que el cliente quiere vivir.

Tabla 4.8. Ejemplo de un diálogo sobre un caso real donde se muestra el uso del moldeamiento y las metáforas o ejemplos experienciales durante la terapia FACT

T: ¿Qué te impide venir sola a la consulta?
C: Necesito encontrarme más fuerte para venir sola.
T: ¿Esperas entonces a encontrarte más fuerte para que puedas venir sola?
C: Sí, supongo.
T: ¿Y qué tienes que hacer para encontrarte más fuerte?
C: No sé, por eso vengo.
T: Esperas entonces encontrarte más fuerte para poder venir sola. Como ahora te encuentras débil no puedes afrontar venir sola. Y ahora te pregunto: ¿Cómo aprendemos a nadar? (la cliente estuvo aprendiendo a nadar hace unos meses).
C: Pues nadando, me imagino.
T: Anda, qué curioso ¿no? Para aprender a nadar, uno tiene que meterse en el agua...y eso a veces supone que está fría y que me da miedo, porque no sé nadar ¿Qué tendrías que hacer tú entonces, dime que hiciste para aprender?
C: Mmm... Entiendo, ir a nadar para aprender, supongo que tendré que venir sola.
T: No sé, dime tú. ¿Es eso lo que quieres?
C: Sí, me gustaría ser independiente.
T: ¿Y qué pasos tienes que dar para ser independiente?
C: Hacer más cosas sola, venir sola a terapia y a más sitios que me gustaría ir.
T: Pues venga, ¿Te pones a nadar mucho esta semana?

3.3. La generalización funcional dentro y fuera de la consulta

Desde FAP se busca la generalización funcional de los avances que ocurran en la terapia hacia la vida diaria. Puesto que el énfasis se pone en la función de los comportamientos, no se realizan simulaciones de tipo *role-playing*, que son meramente formales y serían muy artificiales en una relación social habitual. Por el contrario, se busca producir cambios en la terapia que ya tengan una función determinada, por ejemplo, bloquear la evitación que suele ser el repertorio de la mayoría de los clientes al

principio de terapia, y si el individuo deja de evitar durante la sesión (deja de cambiar de tema, no se va por las ramas, habla claramente de problema, etc.), es muy probable que esa misma función de dejar de evitar se produzca en su vida diaria. En otros casos, si la función conseguida dentro de la sesión es que el individuo tome iniciativas o tenga decisiones propias, estas se producirán seguramente también en su vida diaria, sin que tengan que intervenir instrucciones explícitas del terapeuta.

En este protocolo con FACT, se trata de conseguir que la persona deje de tener esa evitación experiencial, afronte sus emociones y pensamientos desagradables, que sea capaz de describirlos y verlos como diferentes y no en coordinación con su Yo. Cuando eso se ha logrado dentro de la sesión de forma experiencial y a través del diálogo entre el terapeuta y cliente, es muy probable que se produzca igual en su vida diaria en cualquier otra situación, cuando le ocurran de nuevo esos pensamientos desagradables. En esos casos, el individuo no tiene que hacer nada en concreto, sino que el mero recuerdo de lo que ya ha realizado durante la terapia, o las metáforas y ejercicios realizados se conectan con el pensamiento actual para que la persona por sí misma obtenga la solución de nuevo, sin seguir una orden explícita o instrucción del terapeuta, solo poniendo en contacto su repertorio dentro de la sesión con lo que hace fuera en su vida diaria.

Por otro lado, dentro de FACT lo que sí se ha utilizado constantemente para crear CCR3 son equivalencias funcionales del terapeuta entre lo que ocurre dentro y lo que le ocurre fuera de la sesión, y a la inversa de la relación fuera-dentro. Al establecer esas relaciones verbales, el individuo va obteniendo nuevas reglas de seguimiento propias sobre qué hacer o qué dejar de hacer respecto a sus eventos privados o respecto a sus problemas diarios. De esta forma, en las sesiones se han utilizado comentarios continuos de esas comparaciones, estableciendo reglas sobre análisis funcionales (es decir, CCR3), y comparaciones que permitan relacionar lo que ocurre dentro y fuera de la situación clínica.

4. Actividades para la generalización en FACT

En este protocolo FACT se ha utilizado el formato 2+1 de sesiones (Barkham y Shapiro, 1990) que se adapta de manera extraordinaria al formato de FACT en cuanto a la temporalidad de los procesos a trabajar. La primera intervención permite establecer el

contexto y vínculo con los usuarios, y se avanzan algunos procesos importantes como la evitación experiencial, la aceptación y la defusión, para su posterior extensión y desarrollo con más ejercicios y metáforas. En la segunda sesión se envían tareas para casa con el propósito de consolidar el aprendizaje en la tercera sesión.

Con el fin de hacer que las CCR1 aparezcan dentro de las sesiones y los cambios en las CCR2 perduren a lo largo del tiempo, es esencial tener en cuenta los procesos verbales que conduzcan a la generalización: reglas verbales, equivalencia y transferencia de funciones entre las sesiones y su vida diaria.

Las interacciones sociales y las relaciones sociales son áreas esenciales para mantener repertorios inflexibles, pero también son fuente de refuerzo social y de transformación de esas funciones. Cuando se establece pautas en el sistema de relaciones sociales, se pueden cambiar también los comportamientos de todos los que intervienen en esas interacciones. Por ejemplo, cambiando las pautas en la empresa sobre comer todos juntos se puede crear un vínculo laboral más positivo; si en la familia se establece una pauta de que no se ve la tele hasta por la noche, se puede mejorar la comunicación entre padres e hijos; si en las interacciones de pareja se establece la norma de que no se discute en la cama, quizás puedan mejorar las relaciones sexuales; o bien si cuando estamos en reuniones con los amigos se establece la pauta de que todos los móviles se dejan guardados, puede que mejoren las relaciones, la conversación, la intimidad y la afectividad del grupo de amigos.

Este tipo de pautas generales ayudan a fomentar nuevas contingencias. Cuando se pueda actuar en los grupos, desde FACT se trabajará con el contexto y con el análisis funcional para que los cambios se mantengan en el tiempo. Nótese que estas pautas no son una receta, son solo ejemplos basados en casos reales. El terapeuta tendrá que adaptar estas pautas a cada contexto, teniendo en cuenta las variables de cada ambiente y las condiciones en las que se dan las contingencias sociales e interacciones de grupo.

Aunque en FAP y en ACT no se proponen las actividades para casa como una técnica habitual, sin embargo, la prescripción de tareas o más bien actividades para realizar en casa es una parte importante para obtener generalización. Sobre todo, sirven para crear las condiciones que evoquen CCR1, y así el terapeuta tenga la posibilidad de moldear de manera natural esos comportamientos hacia CCR2 (Kohlenberg y Tsai, 1991). Es decir, la actividad o el material realizado sirve como excusa para provocar conductas o para moldear nuevos repertorios. De nuevo, no se trata de pedir hacer ejercicios por su contenido o por su parecido formal con otras conductas, sino como una

estimulación que provoque o haga probables otras conductas clínicamente relevantes que se quieren cambiar durante la sesión. Por ejemplo, a un cliente que continuamente miraba el móvil, incluso dentro de la sesión terapéutica, se le puede pedir que haga la actividad de quedarse un día completo solo, sin hablar, llamar o interactuar con nadie. Lo importante no es el contenido de la propia actividad, sino lo que eso producirá en el individuo y las funciones que el terapeuta puede analizar a partir de ello: “¿queda con personas a todas horas por miedo a estar solo? ¿se ha permitido alguna vez estar solo? ¿le conduce este patrón a ser dependiente? ¿quiere ser más independiente?”. En la conversación de la sesión el terapeuta puede ir haciendo preguntas sobre cómo se ha sentido, hasta qué punto ha logrado estar sin contactar con nadie, y centrarse en la consulta continua del móvil. El terapeuta podría preguntar “Supongo que durante todo el día estarás consultando el móvil, igual que lo estás haciendo aquí, ¿no? ¿Qué te hace pensar eso sobre ti mismo?”. Probablemente el cliente derivará nuevas relaciones afirmando: “¿Entonces, por eso estoy siempre con el móvil? ¿Soy incapaz de estar solo? No me había dado cuenta hasta ahora”. El ejercicio para casa era solo la estimulación para generar la vivencia y la regla de seguimiento sobre poder permanecer en soledad.

Estos ejercicios se utilizan para seguir moldeando conductas en dirección a valores. El acercamiento a los valores provocará inevitablemente la aparición de CCRs, por lo que las personas tendrán que hacer un esfuerzo en persistir, y naturalmente se verán reforzados esos intentos de aproximación. Algunas de las tareas para casa son ejercicios de ACT como: darse cuenta de que están en el momento presente, notar que están en bucle con sus pensamientos y volver al presente (acordarse del tablero de ajedrez), que se den cuenta de la radio y no le hagan caso (fomentando marcos jerárquicos y de distinción), tomar cinco acciones en dirección a valores, realizar el ejercicio de la respiración, el de fisicalización (ver las Tablas 4.2 a 4.5).

5. Recaídas en FACT

Las recaídas son un proceso más de la intervención y forman parte del proceso de aprendizaje. El alta clínica se realiza tras una recaída y que la persona vuelva a la dirección deseada por sí misma en el menor tiempo posible. Esto quiere decir que al incorporar un repertorio más flexible en el cliente o nuevos modos de responder ante la

situación que le genera malestar, tendrá momentos de crisis en los que se dejará llevar de nuevo por esos eventos privados (pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones) y actuará como lo ha hecho siempre evitando (como lo lleva haciendo toda su vida o en su historia), fusionado a esos eventos privados, sin perspectiva y con inflexibilidad. Si alguien lleva usando la mano derecha para escribir durante toda su vida, y ahora ha aprendido a utilizar la izquierda (cambiar hábitos), habrá veces que automáticamente se vaya a escribir con la mano derecha, sobre todo cuando necesite escribir rápido o en momentos de malestar. Se hace explícito que lo importante es darse cuenta con qué mano está escribiendo el guion de su vida, dónde le ha llevado esa escritura y si está dispuesto a hacer un esfuerzo por escribir de manera torpe al principio usando otra técnica, otros hábitos.

A la hora de flexibilizar el repertorio, hay que contar que es en esos momentos de mayor estrés, cuando el repertorio de la persona va a volver a lo que había hecho siempre, sobre todo al principio, porque es lo que venía haciendo desde hace mucho tiempo, cambiar de hábito es lo más complejo que existe. El ser humano va a preferir transitar por los caminos de siempre, pero tras pasar por la intervención con FACT sabe en qué punto está cada obstáculo, ha obtenido refuerzos con anterioridad, y va a seguir volviendo al repertorio para obtener reforzadores. Es por eso, que deben reservar un gran espacio para depositar: la culpabilidad, el remordimiento, los debería, los *y sí...*, *lo he vuelto a hacer, no voy a ser capaz...* y ponerlos en una dirección de valor, es decir, tomarlos como parte del proceso de recuperación, respetarse, y aprender a perdonarse (auto-compasión), aceptando que somos humanos y no es posible no equivocarse, y si alguien deja de equivocarse algún día o una de dos, o se ha iluminado, o mal asunto, está muerto. Alguien que no se equivoca es alguien que no actúa o hace siempre lo mismo.

Si en el proceso de trabajo con el cliente no tiene una recaída, es probable que esté evitando ciertas situaciones o contextos en los que aparece el malestar, lo que significará que no se dirige en dirección a sus valores. La recaída es un indicador de que la persona se está moviendo en la dirección valiosa, está intentando flexibilizar su repertorio, y está tomando contacto con esas situaciones y sensaciones que anteriormente evitaba. Por lo que el malestar estará en la misma dirección hacia donde quiere llegar. Si le duele es porque le importa, si no, no sería fracaso, usaremos las recaídas para moldear conductas. Por ejemplo “¿quién está teniendo estos pensamientos?, ¿quién va a ganar, tú o tu mente?, ¿qué consigues lamentándote o

volviendo a donde siempre?”. Para que el cliente tome consciencia de que está luchando por algo y tiene que estar dispuesto al contenido, y a caerse de la bici para levantarse y seguir pedaleando. Los mejores ciclistas tienen mayores probabilidades de caerse porque van en bici casi todos los días. Aquí se utilizan metáforas como la del monje y del jinete (ver Anexo 2) o la metáfora de escalar una montaña ilustraría bien este proceso, en una escalada también hay bajadas y eso no quiere decir que no estés subiendo la montaña. Un recorrido en zigzag nos conducirá a la cima de igual manera que si la realizamos en sentido vertical, lo importante es saber cómo llegar arriba, es decir, sabiendo cuáles son los valores de cada persona. Los intentos fallidos por lograr escalar la montaña formarán parte de esa escalada y serán vistas como oportunidades para aprender y practicar lo trabajado, siempre y cuando no se pierda la dirección a donde se dirige la persona.

Puesto que el protocolo FACT es breve y se pretende conseguir el máximo cambio posible en los usuarios, se incluyen también estos ejercicios y metáforas de ACT en la sesión final, para que actúen como reglas de seguimiento que acompañen al individuo mucho tiempo después de la terapia. Pero, por otro lado, también se promocionan y refuerzan la ocurrencia de CCR3 como sucede en FAP. Es decir, la aparición de respuestas verbales de descripción funcional de las conductas del cliente, o de la relación entre terapeuta y cliente, o bien de las similitudes entre lo que ocurre fuera y dentro de la sesión. A lo largo de la última sesión, se introducen también estos ejercicios y reglas verbales para que puedan acompañar a los participantes una vez que la terapia haya finalizado. De esta forma, se pretende conseguir que las personas guíen su propia vida, tengan claro el camino hacia sus valores, y sepan analizar nuevas situaciones de una manera funcional, haciendo uso de los repertorios y funciones ya aprendidas durante las sesiones clínicas.

6. Seis aplicaciones del protocolo FACT

El proceso de investigación de esta tesis doctoral ha consistido en poner a prueba este protocolo FACT en distintas poblaciones y contextos, con objeto de probar su eficacia y efectividad.

De esta forma, el proceso inductivo ha comenzado por estudiar su aplicación en casos clínicos individuales, en este caso en un entorno laboral donde no se habían aplicado estas estrategias de tercera generación anteriormente. Así, el *primer estudio* es la aplicación de FACT en dos trabajadores, para mejorar el bienestar psicológico con su trabajo, y aumentar también su relación interpersonal. Se trata de un estudio con un diseño de caso único pre-post, para mostrar su eficacia.

A partir de esos resultados, nos propusimos poner en práctica este protocolo FACT en grupos, mostrar su efectividad con mayor cantidad de participantes, por lo que se realizó un *segundo estudio* también en un entorno laboral con un conjunto de trabajadores agrícolas, en sesiones individuales y sesiones de grupo. Este segundo estudio utilizó un diseño intra-grupos con medidas repetidas pre-post.

Los buenos resultados utilizando FACT en grupo nos llevó a diseñar un *tercer estudio*, realizando esta intervención en otros grupos de trabajadores, en este caso en un entorno laboral de la administración del Estado, pero añadiendo también un grupo control sin ese tipo de tratamiento, para comprobar la efectividad del protocolo. Se utilizó en este caso un diseño entre-grupos con medidas repetidas pre-post de ambos grupos.

Las circunstancias laborales nos llevaron a intentar extender este protocolo FACT también a otros participantes más jóvenes, en un *cuarto estudio*, en este caso estudiantes de bachillerato entre 17 y 19 años. También se utilizó un diseño entre-grupos con medidas repetidas pre-post, un grupo con el protocolo y otro sin él.

Una vez comprobada esa eficacia y efectividad en diversos tipos de muestra, nos propusimos replicar esos resultados, también con estudiantes de bachillerato, pero intentando aislar los componentes modulares del protocolo, es decir, analizando por separado los componentes de FACT y lo que añadía FAP a los resultados finales. En este caso, el *quinto estudio* utilizó un diseño entre-grupos con lista de espera y mediciones repetidas pre-post.

Finalmente, debido a las estancias de investigación en otros países y los contactos generados con otros investigadores y clínicos que también trabajaban en

aplicaciones de las terapias contextuales, se realizó un *sexto estudio* de generalización, para intentar replicar los mismos resultados en otra población diferente, en este caso también estudiantes de bachillerato, pero de Budapest. Se analizaron al mismo tiempo las posibles diferencias entre participantes, puesto que se incluyeron años escolares diferentes y participantes con y sin discapacidades. Se utilizó un diseño entre-grupos con medidas repetidas pre-post-seguimiento, comparando un grupo control que realizaba otras actividades escolares y el grupo experimental con el protocolo FACT.

La descripción de esos seis estudios sigue un esquema similar a cualquier publicación científica, incluyendo siempre su introducción y revisión breve del tema (puesto que ya se ha realizado en los capítulos anteriores), la descripción del método en cuanto a participantes, diseño, instrumentos, análisis de datos, etc., y finalmente los resultados y discusión específica de ese experimento concreto. En todos aparecen características diferentes, pero pueden aparecer repeticiones entre los distintos estudios, sobre todo en la descripción del protocolo FACT, pero se han dejado a propósito en el texto para cada uno de ellos pueda ser entendible por el lector de manera independiente.

En los siguientes capítulos, pues, se describen en detalle cada uno de estos estudios y sus resultados, concluyendo con los resultados generales y discusión de todo el proceso de investigación que se ha llevado a cabo, sus implicaciones clínicas y sociales, y la promesa de un protocolo basado en la evidencia que recoge los elementos fundamentales de trabajo con resultados prometedores bajo el paraguas del contextualismo funcional.

Capítulo 5

PRIMER ESTUDIO

Programa FACT en el trabajo: Dos estudios de caso

1. Resumen

Se presenta la aplicación de un programa breve de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), que denominamos FACT breve, para mejorar la salud laboral y las relaciones interpersonales de dos empleados en una empresa agrícola. La intervención se llevó a cabo de manera individual durante un mes y medio, con un total de cuatro sesiones con cada participante. En la primera sesión se pasaron las medidas pretest y en la cuarta las posttest. Se realizó también una sesión de seguimiento a los tres meses. La evaluación se realizó en las siguientes variables dependientes: el *Cuestionario de Salud General* (GHQ-12); la *Escala de Observación de Recompensa Ambiental* (EROS); y la subescala de bienestar laboral de la *Escala de Bienestar Psicológico* (EBP). Los resultados muestran una disminución de los problemas en la salud general, y un aumento del bienestar laboral y psicológico en ambos participantes. Además, los empleados mejoraron la relación que tenían entre ellos, que estaba muy deteriorada. Se consideran y discuten los beneficios de aplicar este programa breve desde las terapias contextuales y sus ventajas en un contexto nuevo como es el mundo laboral.

2. Introducción

Las terapias contextuales han mostrado desde su inicio en los años 90, y siguen mostrando ahora, su eficacia para el tratamiento de múltiples problemas psicológicos. Basando ese éxito en la intervención sobre las variables contextuales (públicas y privadas) que mantienen los problemas. Más que centrarse en la topografía de los “síntomas” que se suelen describir en las diversas categorías psicopatológicas, se centran en los elementos comunes, la raíz de esos problemas, que suelen estar en la historia de aprendizaje de las personas. Esa historia se conceptualiza y actúa a partir del lenguaje que establece un contexto para mantener patrones de conducta con efectos perjudiciales para el individuo, tales como la “evitación experiencial” o la “inflexibilidad psicológica”. Tal como se ha revisado en los capítulos anteriores, la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 2012) y la *Psicoterapia Analítica Funcional* (FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991, 2009) han demostrado su eficacia en múltiples problemas clínicos (Hayes, Luoma, Bond y Lillis, 2006; Ruiz, 2010; Kanter et al., 2017; Mangabeira, Kanter y Del Prette, 2012).

Aunque ambas terapias, se desarrollaron de forma independiente, sin embargo comparten un marcado componente contextual en sus fundamentos conceptuales y ambas utilizan principios básicos del análisis funcional de la conducta para modificar el repertorio comportamental del ser humano. Además las terapias ACT y FAP, no solo comparten sus raíces filosóficas basadas en el contextualismo funcional, sino que también poseen similitudes en la intervención: (1) ambas comparten su afán porque los clientes discriminen sus comportamientos en términos de efectividad e ineficacia para lograr sus objetivos; (2) ambas promueven que el individuo pruebe nuevas estrategias para lograr sus objetivos con el propósito de ampliar su repertorio conductual y abandone aquellas estrategias ineficaces del pasado a través de su experiencia; (3) ambas poseen un marcado interés en señalar la lucha con los eventos privados “negativos” y sus respuestas de evitación en la vida del cliente y la propia sesión clínica; (4) ambas terapias también entienden el sufrimiento como parte de la vida y son muy compasivas con este sufrimiento humano, entendiendo el malestar en relación con la historia personal de cada cliente.

Por estas razones, ambas terapias pueden ser usadas conjuntamente para el tratamiento de dificultades psicológicas en diferentes contextos (Callaghan et al., 2004; Luciano et al., 2009; Paul, Marx, Orsillo, 1999). Esta unión de ACT y FAP ha dado

lugar a lo que se conoce como FACT (*Functional-Analytic Acceptance and Commitment Therapy*), acrónimo resultante de la unión de ambos términos (Kohlenberg y Gifford, 1998). Así pues, con FACT se crea un nuevo enfoque psicoterapéutico más amplio y completo en el que cada una de las terapias crea el contexto adecuado para la integración de la otra y viceversa, sin perder su esencia y principios básicos, coexistiendo simultáneamente en todo el proceso psicoterapéutico. Este modelo integrador sostiene la premisa de que las personas somos seres sociales y, por lo tanto, la mayor parte de los comportamientos que llevamos a cabo son una consecuencia de los refuerzos sociales. A su vez, defiende que, en gran medida, el sufrimiento humano se debe a las funciones del lenguaje. Por lo que, en el contexto terapéutico, el terapeuta es el encargado de regular la conducta del cliente a través de los refuerzos continuos disponibles en sesión para crear un repertorio más flexible mientras se usan ejercicios de aceptación al servicio de los valores (Callaghan et al., 2004).

Ambas terapias se han aplicado en problemas clínicos individuales de ansiedad, depresión, obsesiones, problemas sexuales, problemas de intimidad, relaciones sociales, etc., incluso en problemas de esquizofrenia o problemas de salud. También se han aplicado no solo en adultos, sino en adolescentes, y también se han publicado aplicaciones en grupo (Baruch, Kanter, Busch y Juskiewicz, 2009; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, y Gifford 2004; Gifford et al., 2011; Kohlenberg y Callaghan, 2010; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg, Tsai, Ferro-García, Valero-Aguayo, Fernández-Parra, y Virués-Ortega 2005; Paul et al., 1999; Luciano, 1999; Luciano, Valdivia-Salas, Gutiérrez-Martínez, Ruiz, y Páez, 2009; Martín-Murcia, Cangas-Díaz, y Pardo-Gonzalez, 2011; Novoa Gómez, y Guzmán Gutiérrez, 2008; Tirado et al., 2005; Tsai et al., 2009). Sin embargo, no existen hasta la fecha aplicaciones en el mundo laboral.

En este contexto, y puesto que FACT se postula como un modelo terapéutico que unifica dos de las terapias más representativas de las terapias de tercera generación, también se ha comenzado a aplicar para mejorar la salud laboral y psicológica de los trabajadores. Así, pues la aplicación de FACT al contexto laboral será novedoso en cuanto a la extensión de sus principios a otro tipo de usuarios y situaciones, pero también por su brevedad y cambios rápidos en las primeras sesiones.

En este estudio, nos propusimos probar si era posible mejorar las relaciones entre los trabajadores de una empresa y su salud laboral. En el comienzo de cualquier campo de investigación que sea novedoso hay que iniciar estudios pequeños, que

pongan a prueba las hipótesis de trabajo, y en función de ello poder diseñar estudios más amplios, comparativos y más generalizables a múltiples personas. Para ello diseñamos un estudio de caso único para poner a prueba FACT en este contexto novedoso como es el mundo del trabajo.

Sin embargo, los estudios de caso único son vistos con recelo por algunos investigadores al incluirlos como “no-experimentales” o “cuasi experimentales”, asumiendo que la única forma de realizar experimentos es la aleatorización de participantes y sus posibles variables extrañas. Sin embargo, los diseños de caso único pueden ser tan “experimentales” como cualquier otro diseño de grupos, y lo importante sería el grado de control de las variables extrañas en cuanto a su validez interna (Kazdin 1992, 2001). Los diseños de estudios de caso único son herramientas muy valiosas de investigación para establecer una relación causal del individuo en su contexto, como afirma el informe generado por el grupo de trabajo sobre psicoterapia de la *Asociación Psicológica Americana* (APA, 2006). Además, una de las aportaciones más valiosas de este tipo de métodos en el ámbito clínico es que permiten el estudio pormenorizado de conductas en situaciones controladas, lo que hace posible aislar e investigar las causas que afectan a la variable dependiente, obteniendo datos cualitativos o cuantitativos sobre el efecto de los tratamientos (Martínez, 2011).

De hecho, el auge en los últimos años del movimiento de los tratamientos basados en la evidencia ha fomentado el aumento exponencial del uso de este tipo de métodos de investigación con diseños de caso único. Serían el primer nivel de demostración de la eficacia de un programa de tratamiento clínico, y la APA (2006) acepta este tipo de estudios como evidencia de que un tratamiento funciona. La acumulación de bastantes casos únicos con el mismo tratamiento llevaría a una generalización sobre su eficacia clínica. Esto ha hecho posible que la investigación y práctica clínica se acerquen sinérgicamente para crear conocimientos a través de la realización de estudios de caso único. La investigación no es nada sin la práctica clínica y viceversa. Se podría evitar así esa gran brecha existente entre el mundo de la investigación y la práctica clínica, estableciendo un puente entre ambos mundos (Sanz y García-Vera, 2015).

De esta forma, se presenta en este primer estudio sobre la eficacia del protocolo FACT dos casos clínicos de su aplicación en el entorno laboral, en dos trabajadores diferentes de la misma empresa, utilizando para ello un diseño de caso único con medidas pre, post y seguimiento. Aunque limitado en su generalización, este estudio

permitiría afirmar que el protocolo FACT sería aplicable para mejorar el bienestar laboral de estos trabajadores, y podría obtener buenos resultados en muy pocas sesiones.

3. Método

3.1. Participantes

Han participado dos empleados de una empresa agrícola. Ambos eran eslabones de una cadena de mando en la que era imprescindible su labor en equipo para llevar a cabo la dirección de otros trabajadores agrícolas. Las disputas entre ellos y las discusiones estaban empeorando la calidad del producto, dificultando el trabajo que realizaban, y estaban extendiendo también el malestar a otros compañeros. Por otro lado, esta situación de malestar laboral promovía una imagen perjudicial de la empresa de cara al público, y también entre los demás empleados.

El primer caso, el *Empleado 1* al que llamaremos *Jesús*, tenía 31 años, estaba casado y no tenía hijos. Trabajaba en la empresa desde hacía tres años y era el técnico encargado un departamento importante de la empresa debido a su formación universitaria. Su labor se centraba en gestionar el buen funcionamiento de ese departamento que era clave para el desarrollo de varias tareas más dependientes de las consecuencias de su trabajo, como coordinar los grupos de empleados cada mañana, asignar tareas diarias, elaborar un plan de trabajo, gestionar las plagas, hacer los pedidos. El empleado se encontraba insatisfecho con el puesto que desempeñaba, él mismo admitía que tenía bastantes dificultades con los empleados que supervisaba, y que no manejaba bien el estrés. Afirmaba que siempre cuestionaban sus decisiones y que nunca le premiaban por hacer bien su trabajo. Sus pensamientos eran del tipo “*no me valoran*”, “*no sé si hago bien mi trabajo*”, “*mis compañeros no quieren que yo sea el jefe*”, “*no estoy capacitado para ser jefe*”. Ante estos eventos privados, solía mantenerse al margen de las polémicas, comía aislado, y se limitaba a hacer su trabajo e irse a casa. Últimamente estaba teniendo problemas de sueño, y estaba más sensible a las críticas, tanto de su pareja como de sus compañeros. Se retraía y se ponía a la defensiva, evitando el conflicto y el contacto con los demás.

Por otra parte, el segundo caso el *Empleado 2* al que llamaremos *Jaime*, tenía 41 años, estaba casado y tenía dos hijos. Trabajaba en la empresa desde hacía 4 años y

estaba encargado de un departamento del que dependía Jesús. Afirmaba que no se encontraba cómodo en ese puesto ya que lo consideraba un trabajo muy monótono y no le permitía sentirse realizado. Con sus compañeros mantenía las distancias, apenas mantenía conversaciones y se limitaba a saludar y despedirse de ellos. Había adoptado la actitud del tipo *“yo vengo, trabajo y me voy a casa”*. Esta situación prolongada en el tiempo ha llevado a que Jaime tenga sensaciones de aislamiento, agobio y apatía. Desde entonces aseguraba que muchas veces sentía odio hacia sus compañeros y que le gustaría poder ignorarlos a todos. Esta situación le había repercutido en su contexto familiar, donde cada vez tenía más discusiones con su mujer. Se sentía constantemente en un estado de alerta, y se volvía irascible con cualquier acontecimiento que le generase algún malestar. A veces incluso había realizado mal alguna tarea expresamente para perjudicar a sus compañeros.

Las relaciones entre ambos trabajadores de la empresa eran muy tensas y negativas. Por un lado, Jesús mantenía una relación distante y con muchas rencillas con Jaime, puesto que era su jefe. Mientras que Jaime consideraba que tenía más conocimientos y más experiencia en la empresa, aunque estaba jerárquicamente por debajo. La relación de Jaime con su supervisor (Jesús) no era buena, expresaba que este le llamaba la atención con malos modales y que era muy exigente con él. Los pensamientos que más solía tener eran sobre el trato con su jefe, del tipo *“siento que viene a por mí”*, *“la tiene tomada conmigo”*, *“todo está mal para él”*. Ante esto, Jaime nunca expresaba cómo podría realizar el trabajo de forma más efectiva, por miedo a las críticas del jefe y que lo despidieran.

3.2. Diseño

Se ha realizado un diseño de caso único, replicado en dos participantes diferentes, en el que se han tomado medidas repetidas pre-tratamiento, en la primera sesión antes de iniciar la intervención; post-tratamiento en la cuarta sesión cuando se consideraba finalizado el tratamiento; y una sesión de seguimiento realizada a los tres meses después de esa finalización. El tiempo total transcurrido durante el tratamiento ha sido de cinco semanas.

3.3. Instrumentos

Durante las entrevistas y sesiones se han tomado notas de las impresiones y frases literales que realizaban los participantes, como forma de obtener informaciones cualitativas sobre los cambios que se iban produciendo a lo largo de las sesiones y en las evaluaciones posteriores. Pero han sido diversos cuestionarios los utilizados para la evaluación, seleccionados por las variables que se pretendía cambiar en cuanto a salud general y salud laboral, y que pudiesen ser específicos por su temática laboral.

Cuestionario de Salud General (GHQ-12) elaborado por Goldberg y Williams (1988). Adaptación al español realizada por Sánchez-López y Dresch, (2008) para la evaluación de la salud general de los empleados. Esta escala es un cuestionario de autoinforme de 12 ítems que se utiliza para medir el bienestar psicológico y detectar problemas psiquiátricos no psicóticos. Los ítems se puntuaron usando una escala de cuatro puntos desde "mejor que lo usual" hasta "mucho menos que lo usual". Se utilizó el método de puntuación Likert (0, 1, 2, 3). Las puntuaciones más altas en este cuestionario de 12 ítems indican mayores niveles de trastornos psicológicos, estableciendo el punto de corte en 12 puntos como riesgo para sufrir problemas psicológicos (Hardy, Woods y Wall, 2003). El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala es de .76.

Escala de Observación de Recompensa Ambiental (EROS) desarrollada por (Armento y Hopko, 2007). Adaptación española por Barraca y Pérez-Álvarez (2010). Este instrumento unidimensional está compuesto por 10 ítems y se utiliza para medir la activación conductual y refuerzo que se obtiene del entorno. Los ítems se responden usando un método de puntuación Likert de cuatro alternativas que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas en este cuestionario indicarían una mayor activación conductual y satisfacción en las actividades que realiza la persona. En su versión original la escala ha obtenido un alfa de Cronbach de .85 y altas correlaciones con otros cuestionarios de problemas psicológicos, además de mostrar diferencias significativas entre los participantes clínicos y no clínicos.

La Subescala de Bienestar Laboral de la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de Sánchez-Cánovas (2007). Es un cuestionario que evalúa el grado de felicidad y satisfacción que las personas tienen respecto a sus vidas. Consta de 65 ítems distribuidos en 4 subescalas: bienestar subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y

bienestar en las relaciones con la pareja. Para este trabajo se utilizó únicamente la subescala de bienestar laboral debido a la temática e hipótesis de nuestra investigación. Dicha escala consta de 10 ítems y miden la satisfacción e insatisfacción laboral. Los ítems se responden usando puntuaciones tipo Likert de 5 alternativas que van desde 1 (nunca o casi nunca) hasta 5 puntos (siempre). Puntuaciones altas en esta subescala reflejan una alta satisfacción laboral. El coeficiente alfa de Cronbach de esta subescala para la consistencia interna es de .87.

3.4. Procedimiento

Inicialmente, se realizó una entrevista individual en la cual se recabó información sobre las conductas problema y se realizó un análisis funcional detallado de cada empleado. En esa primera sesión se aplicaron los cuestionarios indicados: GHQ-12 para evaluar salud general, EROS para medir la recompensa ambiental, y el bienestar psicológico mediante el cuestionario EBP. En esa sesión firmaron también el consentimiento informado, después de conocer cuál iba a ser el proceso de intervención, la confidencialidad y la toma de datos durante todo el proceso. Las sesiones tuvieron lugar en una oficina anexa al centro de trabajo, donde se cuidó de la privacidad en todo momento.

Los dos empleados tras completar las medidas pretest empezaron la intervención con el protocolo de FACT durante 4 sesiones. Las tres primeras fueron realizadas en semanas consecutivas y la última después de 10 días. La intervención duró 5 semanas en total. Al final de la cuarta sesión, ambos completaron el postest con los mismos cuestionarios. Las sesiones eran individuales y tenían una duración de unos 90 minutos. Se enviaban tareas para casa para complementar cada sesión. Finalmente, 3 meses después de terminar el tratamiento, los dos participantes estuvieron en una sesión, donde completaron de nuevo los cuestionarios, y se valoraron los progresos a partir de sus informaciones y descripciones sobre su vida laboral y personal.

La sesión de evaluación permitió elaborar un esquema y conceptualización del problema: ambos empleados presentan niveles moderados de malestar y desmotivación en su trabajo. Ante las sensaciones de malestar, los dos empleados usaban diversas estrategias topográficamente diferentes, pero con la misma función: reducir o eliminar los eventos privados que les generaban malestar. Por lo que, desde una perspectiva

contextual-funcional, los intentos de los empleados podían organizarse en términos de “evitación experiencial” (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano y Hayes, 2001). Una vez identificadas las variables que mantenían el problema, antecedentes y consecuentes, se generó un plan de acción a lo largo de varios procesos, que se describen a continuación.

3.5. Conductas clínicamente relevantes

Puesto que la selección de objetivos se trabajaba desde FAP, a partir de la evaluación se consideraron como objetivos las conductas clínicamente relevantes CCR1 y CCR2 de ambos participantes. En cada uno de ellos se eligieron a partir de sus propias afirmaciones, lo observado por el terapeuta en la primera sesión, y la puesta en común de lo que el terapeuta observaba sobre el empleado. Estas CCR1 y CCR2 serían las conductas a cambiar progresivamente, reforzando o extinguiendo en cada caso mediante el moldeamiento del terapeuta. En la Tabla 5.1 y 5.2 aparecen ejemplos de esas conductas problema y las adecuadas de colaboración laboral o terapéutica que iban surgiendo como cambios positivos en los participantes.

Tabla 5.1. Comportamientos categorizados como CCR1 y CCR2 de Jesús.

Conductas problema CCR1	Conductas de colaboración CCR2
<ul style="list-style-type: none"> • Moverse constantemente. • Adoptar una postura tensa y sentarse en el borde de la silla. • Coger el móvil en sesión. • Mirar al suelo. • Comer apartado de los compañeros y no establecer conversaciones. • Dar rodeos a la hora de comunicar algo. • Tensión y agobio al verbalizar eventos privados molestos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Darse cuenta de que está inquieto y parar de moverse. • Sentarse apoyado en el respaldo de la silla de manera cómoda. • Poner el móvil en silencio y no contestar a las llamadas. • Mantener el contacto ocular. • Comer con los compañeros y entablar conversación con ellos. • Decir lo que quiere de manera directa. • Hablar con naturalidad y reírse de sus eventos privados molestos.

Tabla 5.2. Comportamientos categorizados como CCR1 y CCR2 de Jaime

Conductas problema CCR1	Conductas de colaboración CCR2
<ul style="list-style-type: none"> • No relacionarse ni comunicarse con el resto de los compañeros. • Evitar el contacto ocular. • No comunicarse con el encargado, “tragar”. • Seguir firmemente las directrices del supervisor, aunque él no estuviese de acuerdo • Comportamiento apático, desganado. • Cabizbajo, rostro apagado. • Contestaciones breves. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saludar, hablar con los compañeros y hacer bromas. • Mantener contacto ocular. • Manifestar las incomodidades en el trabajo. • Sugerir formas alternativas de realizar su trabajo al supervisor. • Mayor implicación con el trabajo. • Actitud proactiva. • Muestras de alegría al hablar de su oficio y la relación con su supervisor.

3.6. Intervención

La combinación de las terapias contextuales en el protocolo FACT tuvo el propósito de desactivar las funciones aversivas a través de la derivación de funciones a los intentos de evitación o a la agenda de control y a conectar el malestar en una dirección valiosa. En todas las sesiones se trabajó incorporando elementos de ACT y FAP al mismo tiempo, con el propósito de flexibilizar el comportamiento de ambos empleados, cumpliendo así con los objetivos terapéuticos: generar un estado de aceptación y defusión con los eventos privados “negativos”; establecer la diferenciación entre el “yo contexto y el yo contenido”; establecer comportamientos en dirección a valores; aprender a identificar conductas problemáticas o CCR1 y desarrollar conductas de colaboración o CCR2, con la finalidad de generalizar estas últimas a los demás contextos de la vida del trabajador.

Así pues, los elementos o procesos que se trabajaron desde ambas terapias fueron los siguientes:

Generar un estado de desesperanza creativa: Este proceso consistió en trabajar con los empleados el coste que tenía evitar estar en contacto con los eventos privados que les generaban malestar, haciendo hincapié en cómo los intentos por controlar, eliminar o reducir los eventos privados es realmente lo que constituye el problema

(Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). El objetivo terapéutico fue que ambos trabajadores se dieran cuenta, a través de su experiencia, de los comportamientos que realizaban para no estar en contacto con su malestar. El objetivo era modificar estas conductas por otras más congruentes con sus valores en la dirección a la persona que querían ser. Para la consecución de este objetivo se utilizó la metáfora del “hombre en el hoyo” (Wilson y Luciano, 2002).

Clarificación de valores compromiso y acción: una parte fundamental de la intervención fue el trabajo en la clarificación de valores con los empleados. Este proceso es uno de los esenciales desde ACT. Los valores constituyen el motor principal para que las personas mantengan una trayectoria en dirección a sus valores, a pesar del malestar. Este aspecto fue trabajado mediante la metáfora del “cumpleaños”, “el jardín” y “el conductor de autobús y los pasajeros” (Wilson y Luciano, 2002). El trabajo en valores permitió conectar el malestar con una dirección valiosa, por lo que ahora el malestar no era una barrera, sino algo más en el camino para llegar a ser el profesional que querían ser. Se les enfrentaba a preguntas para encontrar sus valores, por ejemplo: *“Usted está aquí para pagar sus facturas, para alimentar a sus hijos. ¿Tiene sentido para usted venir a trabajar todos los días?”*

Desarrollar un estado de defusión: otro objetivo consistió en desarticular el contexto de literalidad por el cual los empleados respondían ante sus eventos privados como hechos reales o verdades absolutas (Wilson y Luciano, 2002). El proceso de defusión implica ser consciente de los eventos privados (pensamientos, sensaciones, emociones) y diferenciarse del contenido de estos. Esta diferenciación es conocida también como “yo contexto” y “yo contenido” (Blarrina, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006; Hayes, 2013). El propósito fue que el contenido de los pensamientos de los empleados no llegase a controlar su comportamiento, dejando este al servicio de sus valores. Para ello se utilizaron las metáforas de “las olas en la playa”, “la casa y los muebles” y “el tablero de ajedrez y las fichas” (Wilson y Luciano, 2002), además de ejercicios como “las hojas flotando en la corriente” y “escribir los pensamientos” (Hayes, 2013).

Aceptación: el término aceptación significa “estar dispuesto” a estar en contacto con aquellos eventos internos que generan malestar, sin tratar de modificarlos. Con esta premisa, se trabajó con los empleados en que reconocieran los pensamientos y emociones que les generaban malestar en sus puestos de trabajo, para establecer una nueva relación de apertura hacia ellos y abandonar la lucha para eliminarlos. Se empleó

la metáfora de “bienvenidos todos”, “el invitado molesto” y la metáfora de “las arenas movedizas” (Wilson y Luciano, 2002).

Moldeamiento de conductas: El análisis funcional realizado con los empleados en las primeras sesiones mostró diferentes comportamientos clínicamente relevantes catalogados como CCR1, que eran funcionalmente equivalentes a los problemas que mostraban fuera de sesión. Por ejemplo, Jaime era incapaz de mantener una conversación normal, daba contestaciones solo con monosílabos, solía decir “no sé”. Estos comportamientos fueron moldeados progresivamente reforzando aquellas conductas de aproximación hacia la conducta objetivo (CCR2), es decir, conductas de colaboración con el terapeuta, de diálogo abierto.

Generalización funcional: Esto implica que los avances conseguidos dentro de la sesión se generalicen al contexto real de la vida diaria del individuo. Para ello se trabajó con los empleados estableciendo equivalencias funcionales entre las CCRs dentro y fuera, de manera intensa y arriesgándonos a evocar todo tipo de conductas clínicamente relevantes aunque fueran desagradables. Por ejemplo: “*Veo que apenas me diriges la palabra y que sueles contestar muy brevemente, ¿esto es algo que también te ocurre cuando estás con tu jefe o tu pareja?*”. Además, para mejorar la generalización, la tercera sesión se realizó con los empleados directamente en sus puestos de trabajo. Esto permitió que se pudiera intervenir directamente moldeando las conductas clínicamente relevantes CCR1 y CCR2 en el contexto natural donde se da el problema (Kohlenberg y Tsai, 1991).

En la Tabla 5.3. se muestra el esquema de los procesos principales del protocolo FACT aplicados en estos dos casos clínicos.

Tabla 5.3. Procesos principales del protocolo FACT breve.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Beneficios del programa para promover la adherencia a las sesiones y motivar los empleados2. Análisis funcional y énfasis en la relación terapéutica3. Desesperanza creativa4. Clarificación y trabajo con valores5. Regulación verbal a través de reglas (<i>pliance-tracking</i>)6. Aplicación de las 5 reglas terapéuticas7. Defusión (marcos deícticos) y fisicalización8. Generalización funcional |
|---|

4. Resultados

En ambos participantes los cuestionarios mostraron cambios antes y después de la intervención, con mejoras en la salud general, el bienestar psicológico y laboral; y también lo muestran en el seguimiento a los tres meses con datos similares a los que tenían al terminar el tratamiento, indicando con ello que los resultados se mantuvieron en ese plazo de tiempo, aunque no hubiese intervención. En la Tabla 5.4 aparecen los datos directos, y en las Figuras 5.1 a 5.4 se muestran las gráficas de cada instrumento.

En el caso de Jesús el cuestionario GHQ-12 mostró una disminución de 16 a 4 puntos, que se mantuvieron en el seguimiento. Esto indicaría que los problemas iniciales de los que informaba este participante eran bastante elevados por ser superiores al punto de corte (12), pero habían desaparecido tras la intervención, obteniendo una puntuación por debajo de ese criterio de corte. Por otro lado, se observa un aumento de las puntuaciones del cuestionario EROS obteniendo de 33 a 35, y posteriormente a 44 en el seguimiento, lo que indicaría que Jesús obtenía mayores fuentes de reforzamiento de su entorno. Y también hay un leve aumento en las puntuaciones del cuestionario EBP, puntuando de 41 puntos a 44 y 45 en el seguimiento, lo que implicaría ese aumento en el bienestar laboral.

En el caso de Jaime el cuestionario GHQ-12 tenía puntuaciones también elevadas (12 puntos) que indicaban problemas de salud general, reduciendo sus niveles a 3 puntos tras la intervención, que se mantenían en 3 en el seguimiento. También se observa un aumento ligero en las puntuaciones del cuestionario EROS, puntuando de 34 a 36 y 37 en el seguimiento, asumiendo que obtenía mayores reforzadores de su entorno social y laboral. Por último, también presentó un mayor aumento en las puntuaciones del cuestionario EBP, aumentando de 33 puntos a 47 que se mantenían también en 47 en el seguimiento. Ello indicaría que en Jaime había aumentado notablemente el bienestar laboral y psicológico tras la intervención.

Estos datos, pues, indican en general una mayor activación conductual y una mayor satisfacción laboral. En la sesión de seguimiento, las puntuaciones se mantienen estables e incluso aumenta el bienestar psicológico, la activación conductual y la satisfacción en el trabajo. Además, se puede observar la mejora de conductas de colaboración o CCR2 de los empleados en sesión con su correspondiente generalización al contexto laboral y personal. Ambos empleados mejoraron su relación interpersonal,

hablando de manera más cordial entre ellos, facilitándose las tareas que tenían que realizar entre ellos e incluso llegando a comer juntos en alguna ocasión. Incluso, la dirección de la empresa felicitó a los empleados por la mejoría.

Tabla 5.4. Resultados de los dos participantes en sus distintas mediciones.

	Pre	Post	Seguimiento
<i>Jesús</i>			
GHQ-12	16	4	4
EROS	33	35	44
EBP	41	44	45
<i>Jaime</i>			
GHQ-12	12	3	3
EROS	34	36	37
EBP	33	47	47

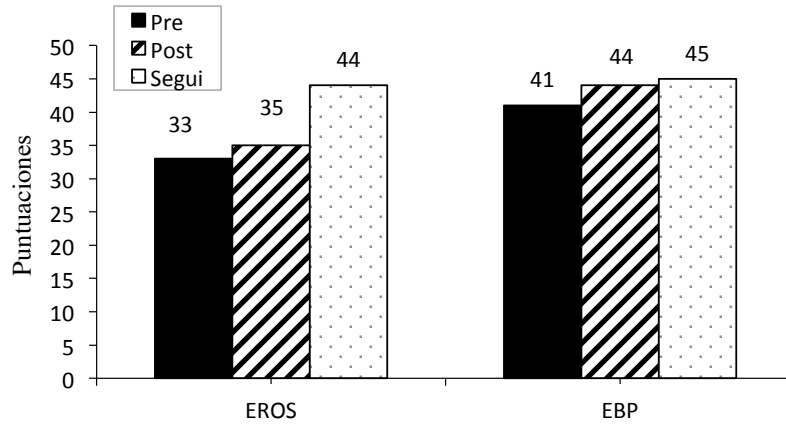


Figura 5.1. Puntuaciones de Jesús en los cuestionarios EROS y EBP en las distintas mediciones pre-post-seguimiento.

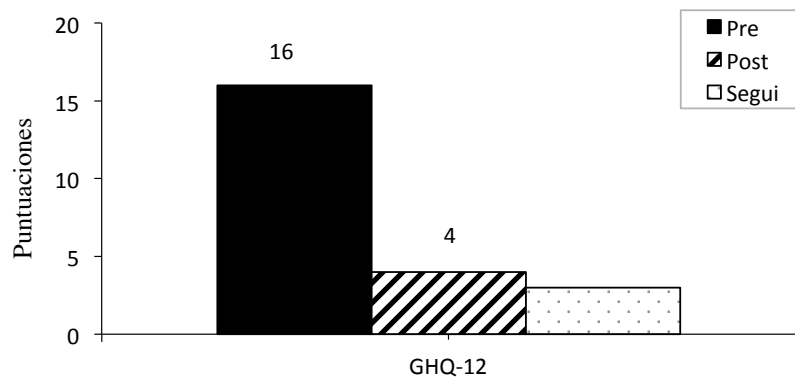


Figura 5.2. Puntuaciones de Jesús en el cuestionario GHQ-12 en las distintas mediciones pre-post-seguimiento.

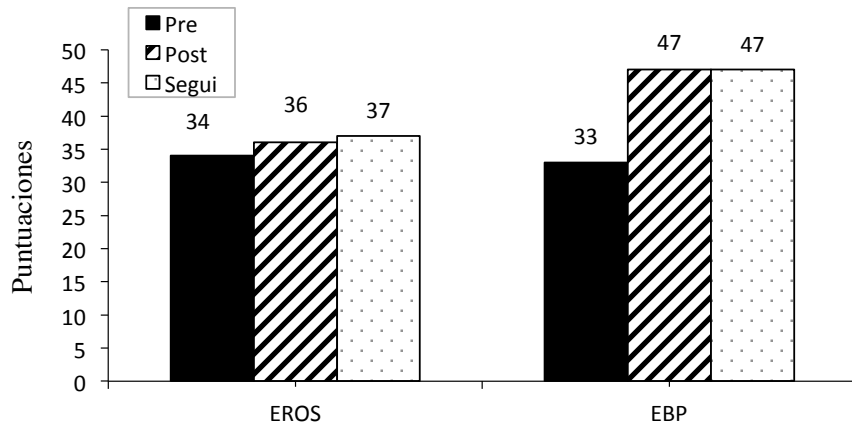


Figura 5.3. Puntuaciones de Jaime en los cuestionarios EROS y EBP en las distintas mediciones pre-post-seguimiento.

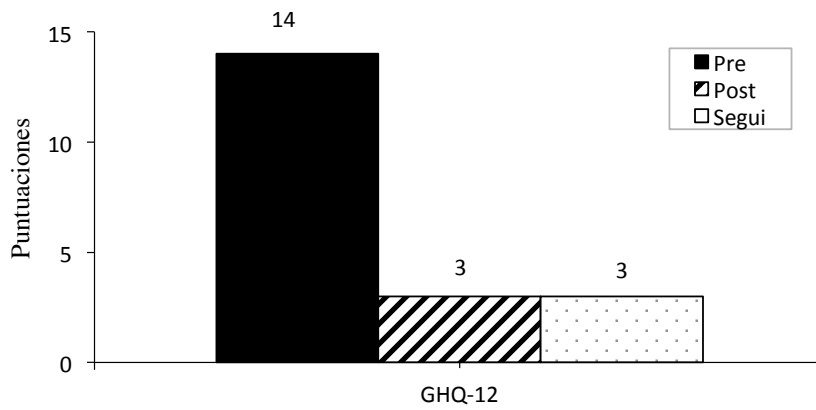


Figura 5.4. Puntuaciones de Jaime en el cuestionario GHQ-12 en las distintas mediciones pre-post-seguimiento.

5. Discusión

Los resultados muestran una notable mejoría en las variables dependientes analizadas. Se observa en la comparación pretest, posttest y seguimiento una disminución en las puntuaciones del instrumento GHQ-12, indicando con ello una mejora de la salud general, y por otro lado un incremento en los cuestionarios EROS y EBP sobre la situación de reforzamiento social y la satisfacción laboral. Además, los resultados son similares en ambos empleados.

Estos resultados, pues, apuntan a que las terapias de tercera generación y en concreto el protocolo FACT que se ha puesto a prueba en estos dos casos individuales, pueden resultar efectivas para la mejora del bienestar psicológico, incrementar la activación conductual o el refuerzo en actividades gratificantes para los empleados y su satisfacción laboral. A su vez, también este estudio muestra cómo ACT y FAP pueden combinarse de manera sinérgica para mejorar la salud psicológica en el trabajo. Tal y como muestran otras intervenciones solo con ACT realizadas en el trabajo (Bond y Bunce, 2008) y también con FACT en contextos clínicos (Callaghan et al., 2004).

La novedad en esta intervención es la incorporación de los principios de FAP, es decir, conseguir una relación afectiva e intensa entre terapeuta-cliente y cambiar las conductas problemáticas dentro de la propia sesión, utilizando para ello el moldeamiento y las habilidades de reforzamiento del terapeuta. Es posible que las mejorías que se produjeron se deban a la relación terapéutica que se estableció con los empleados como vehículo para el cambio, tal y como señalan los autores del modelo (Kohlenberg y Tsai, 1991, 2009) sobre las repercusiones de la alianza terapéutica en las mejorías de los clientes. El moldeamiento que se realizó en base al análisis funcional fue muy sistemático, generando las condiciones idóneas para el cambio y la equivalencia funcional entre esas interacciones dentro de las sesiones y las interacciones de esos trabajadores con sus familias y contexto laboral diario. Ambos empleados que fueron voluntarios, también se mostraron muy abiertos hacia el cambio, pues querían hacer algo para su desgana e insatisfacción laboral, lo que facilitó la intervención.

Asimismo, esta intervención se realizó con empleados cuyas puntuaciones no reflejan problemas psicológicos que puedan categorizarse como clínicos o dentro de alguna categoría psicopatológica. Pero suponían un perjuicio para la organización, para ellos mismos, el sistema de producción y la imagen de la empresa. Esto implica también

las ventajas del protocolo FACT a la hora de promover estrategias más adaptativas, y rápidas, sin necesidad de que exista una gravedad clínica significativa.

Finalmente, este primer estudio donde se integran ACT y FAP en un protocolo único combinado dentro del contexto laboral, ha resultado con éxito. Puede afirmarse que ha mejorado la vida familiar, social y laboral de los dos participantes. De esta forma, puede validarse la primera hipótesis de partida de esta tesis laboral: el protocolo FACT breve es eficaz y puede mejorar la salud laboral y personal de los participantes adultos. Y también la segunda hipótesis específica de esta tesis doctoral, al comprobarse que los resultados beneficiosos de esta terapia se mantienen a largo plazo.

Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio tienen que ser tomados con cautela al tratarse de un diseño de caso único, aunque tenga medidas de seguimiento, no cuenta con grupo de control para comparar la intervención. Ni tampoco pueden generalizarse sus resultados a otros empleados o situaciones del contexto laboral, puesto que solo se ha aplicado en dos casos. Por lo que asumimos la necesidad de continuar el desarrollo de investigaciones sobre el protocolo FACT que arrojen más evidencias empíricas en esta línea de trabajo, que permita mejorar la salud personal y laboral, y demostrarlo con mayor fiabilidad para la generalización de los resultados obtenidos. A partir de estas conclusiones, se diseñó el siguiente estudio para probar también esa eficacia en grupos más amplios de participantes.

Capítulo 6

SEGUNDO ESTUDIO

Programa FACT para mejorar el bienestar psicológico en el trabajo

1. Resumen

Este estudio examina la eficacia de un programa breve FACT basado en las terapias contextuales para mejorar la salud general, la accesibilidad al refuerzo a través de los valores y el bienestar laboral de los empleados de una cooperativa agrícola. La muestra inicial fue de 25 empleados de la misma empresa, de los cuales 15 cumplieron con los criterios de inclusión al superar el punto de corte de problemas de salud general. Los 15 empleados recibieron el programa de intervención basado en un programa breve con la combinación de ACT y FAP. Los empleados recibieron 6 sesiones, 4 individuales y 2 grupales. Fueron evaluados con el *Cuestionario de Salud General* (GHQ-12); la *Escala de Observación de Recompensa Ambiental* (EROS); y la satisfacción laboral se evaluó con la subescala de bienestar laboral de la *Escala de Bienestar Psicológico* (EBP). Se utilizó un diseño intra-grupos con evaluación pre y post intervención. Los resultados mostraron una mejora en todas las variables analizadas. Esos cambios fueron estadísticamente significativos para la variable de salud general ($W = -3.34$, $gl = 14$, $p = .001$), la escala de recompensa ambiental ($W = -3.05$, $gl = 14$, $p = .002$) y la satisfacción laboral ($W = -3.08$, $gl = 14$, $p = .002$). Se demuestra así también la eficacia de FACT aplicada en grupos de trabajadores, y se discuten los beneficios de aplicar un protocolo breve de terapias contextuales en un contexto laboral.

2. Introducción

Muchas personas pasan más tiempo en el trabajo que haciendo cualquier otra cosa. El trabajo es área central y tiene un papel principal a lo largo de la vida de todas las personas. Es una fuente de refuerzo, pero también es considerada como una de las mayores fuentes de estrés y posibles trastornos psicológicos (Gómez, 2007). Según la *Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo* (EWCS) el 28% de los trabajadores de la Unión Europea sufren problemas psicológicos derivados del trabajo (Paoli y Merllié, 2000).

La salud laboral y personal en el trabajo no solo es esencial para el bienestar de los trabajadores, sino que también es muy importante económicamente para las empresas y la sociedad. Algunos estudios sugieren que entre el 50% y el 60% de todos los días de trabajo perdidos tienen algún vínculo con el estrés laboral (Cox, Griffiths y Rial-González, 2000). Esto representa grandes pérdidas económicas cada año, siendo en 2002, el coste anual del estrés relacionado con el trabajo en la Unión Europea de 20.000 millones de euros por año (Levi y Levi, 2000).

Debido a las repercusiones del trabajo en la salud de las personas es importante desarrollar estrategias que puedan tener beneficios en el bienestar psicológico de los trabajadores y se pueda traducir también en mayor rentabilidad económica para las empresas y la sociedad. Las terapias contextuales, conocidas como "terapias de tercera generación", surgieron a finales de los 90 y la más representativa de esta generación es la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT, Hayes et al., 1999, 2012) y la *Psicoterapia Analítica Funcional* (FAP), (Kohlenberg y Tsai, 1991, 2009). Estas terapias se usan ampliamente con múltiples problemas psicológicos y tienen evidencia empírica sobre su eficacia (A-Tjak et al., 2015; Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010). ACT también está teniendo resultados prometedores con un creciente éxito en el contexto laboral para mejorar la salud (Bond et al., 2008; Bond, Hayes y Barnes-Holmes, 2006), el rendimiento y la productividad (Bond, Flaxman, Van Veldhoven y Biron, 2010).

Tanto ACT como FAP están consideradas "terapias contextuales" (Pérez-Álvarez, 2014), porque ambas aproximaciones entienden el contexto social y personal que controla los problemas psicológicos del cliente. De esa manera, en lugar de intentar cambiar la "cognición" individual, intentan cambiar los contextos que mantienen esa cognición problemática. Esos contextos son sociales e interactivos, pero también personales y verbales al mismo tiempo.

Por un lado, ACT presenta una nueva concepción de entender el sufrimiento humano, donde tener pensamientos y emociones desagradables son parte de la naturaleza humana y el aprender a manejarlas es vital para no desarrollar problemas psicológicos. Desde este enfoque y apoyado empíricamente bajo el paraguas de la *Teoría de los Marcos Relacionales* (RFT), Hayes et al. (2001) establecen que el problema no deviene de los eventos privados sino de los intentos de controlar o evitar los pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones físicas y otras experiencias internas que pueden desembocar en un patrón rígido e inflexible denominado “evitación experiencial” (Luciano y Hayes, 2001). Esta estrategia funciona a corto plazo, reduciendo la incomodidad (refuerzo negativo) y siendo coherente con el sistema de creencias de la persona (refuerzo positivo), pero son acciones entrampadas a largo plazo, lo que lleva a las personas a renunciar a sus valores personales. El objetivo de ACT es conectar la incomodidad a través de la aceptación, en lugar del control, en congruencia con los valores personales.

Por otro lado, FAP se basa en el análisis funcional en contextos clínicos (Ayllon, Haughton y Hughes, 1965; Ferster, 1973). Desde FAP, la relación terapéutica juega un papel clave en la transformación del cliente y la consecución de los objetivos terapéuticos. El rol del terapeuta es cambiar los comportamientos clínicamente relevantes que ocurren durante la sesión clínica a través del moldeamiento basado en la alianza terapéutica. Para conseguir esto, FAP propone cinco reglas que deben tenerse en cuenta durante las sesiones clínicas (Valero y Ferro, 2015). El primer trabajo para el terapeuta es observar comportamientos disfuncionales (CCR1) y modificarlos (CCR2), tratando de establecer una forma equivalente entre lo que el cliente hace dentro y fuera de las sesiones (CCR3) (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993).

El objetivo de este trabajo fue extraer algunos de los componentes que mayor eficacia han tenido en las investigaciones previas en ambas terapias para aplicarlas al contexto laboral de forma breve. Los objetivos fueron los siguientes: 1) Diseñar y poner a prueba un protocolo basado en ACT y FAP al que denominamos FACT, pionero para mejorar la salud laboral; 2) incrementar el bienestar psicológico de los empleados; 3) aumentar el acceso al reforzamiento a través de los valores; 4) mejorar la satisfacción laboral. De esta forma, pues, se pretende probar la eficacia del protocolo FACT en un grupo de trabajadores a los que se aplica esta terapia de forma breve en pocas sesiones, tanto individuales como en grupo.

3. Método

3.1. Participantes

La muestra inicial eran todos los trabajadores de la empresa agrícola (25 en total) a los que se aplicaron los instrumentos de evaluación. De entre ellos se seleccionaron aquellos que tenían problemas psicológicos, por lo que el criterio fue que superasen el punto corte del cuestionario sobre salud general (GHQ-12, con criterio de 12 puntos). De esta forma, finalmente fueron 15 los empleados de la cooperativa agrícola (5 hombres y 10 mujeres) que formaron parte de este estudio. La empresa era una organización social dedicada al cultivo y venta de flores en la provincia de Málaga (España). La edad media de los participantes fue de 30.8 años (en un rango de 19 a 44 años).

3.2. Diseño

Se ha utilizado en este segundo estudio un diseño intra-grupos con medidas repetidas pre-post tratamiento. En primer lugar, se administró el pretest a los 15 empleados, y posteriormente se inició el protocolo FACT durante 4 sesiones individuales para cada trabajador y 2 sesiones posteriores grupales con todos ellos. Tras estas 6 sesiones, todos los empleados completaron el posttest. El tiempo transcurrido y duración de la intervención fue de 2 meses. Por las circunstancias de la empresa, no fue posible realizar un seguimiento posterior.

3.3. Instrumentos

Además del registro descriptivo de las opiniones de los trabajadores, de sus comentarios e impresiones durante la evaluación y las sesiones de intervención, para mostrar la eficacia del protocolo FACT se utilizaron diversos cuestionarios específicos:

Cuestionario de Salud General (GHQ-12) elaborado por Goldberg y Williams (1988). Adaptación al español realizada por Sánchez-López y Dresch, (2008) para la evaluación de la salud general de los empleados. Esta escala es un cuestionario de

autoinforme de 12 ítems que se utiliza para medir el bienestar psicológico y detectar problemas psiquiátricos no psicóticos. Los ítems se puntuaron usando una escala de cuatro puntos desde "mejor que lo usual" hasta "mucho menos que lo usual". Se utilizó el método de puntuación Likert (0, 1, 2, 3). Las puntuaciones más altas en este cuestionario de 12 ítems indican mayores niveles de trastornos psicológicos. El punto de corte se sitúa en 12 puntos, como un nivel de riesgo para sufrir problemas psicológicos (Hardy et al., 2003). El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala es de .76.

Escala de Observación de Recompensa Ambiental (EROS) desarrollada por (Armento y Hopko, 2007). Adaptación española por Barraca y Pérez-Álvarez (2010). Este instrumento unidimensional está compuesto por 10 ítems y se utiliza para medir la activación conductual y el refuerzo que se obtiene del entorno. Los ítems se responden usando un método de puntuación Likert de cuatro alternativas que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas en este cuestionario indicarían una mayor activación conductual y satisfacción en las actividades que realiza la persona. En su versión original la escala ha obtenido un alfa de Cronbach de .85 y altas correlaciones con otros cuestionarios sobre problemas psicológicos; mostrando además diferencias significativas entre los participantes clínicos y no clínicos.

La Subescala de Bienestar Laboral de la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) elaborada por Sánchez-Cánovas (2007). La EBP es un cuestionario que evalúa el grado de felicidad y satisfacción que las personas tienen respecto a sus vidas. Consta de 65 ítems distribuidos en 4 subescalas: bienestar subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y bienestar en las relaciones con la pareja. Para este trabajo se utilizó únicamente la subescala de Bienestar Laboral debido a las hipótesis de nuestra investigación centrada en esas características. Dicha escala consta de 10 ítems y miden la satisfacción e insatisfacción laboral. Los ítems se responden usando puntuaciones tipo Likert de 5 alternativas que van desde 1 (nunca o casi nunca) hasta 5 puntos (siempre). Puntuaciones altas en esta subescala reflejan una alta satisfacción laboral. El coeficiente alfa de Cronbach de esta subescala para la consistencia interna es de .87.

3.4. Procedimiento

Al principio, se realizó la evaluación pretest con todos los empleados y el mismo día se realizó la sesión grupal (n=25), explicando los objetivos de la intervención y avanzando algunos procesos del protocolo. Tras la evaluación pretest y su corrección, los participantes con niveles por encima del punto de corte fueron asignados al grupo de intervención (n=15). A la semana siguiente, los empleados fueron recibiendo las sesiones individuales (una por semana y la última a las dos semanas, junto con la grupal). Al final de la sesión grupal se pasó el postest. Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, la evaluación y la propuesta de intervención en sesiones individuales y en grupo, tras lo cual firmaron el consentimiento informado. Para mantener la confidencialidad y ética de las informaciones recabadas, los datos fueron recogidos solo con un código de iniciales para cada trabajador, y la información clínica individual nunca fue revelada a los directivos de la empresa.

El programa de intervención consistió en 4 sesiones individuales para cada trabajador y 2 sesiones grupales para todo el grupo (4+2). Además de ejercicios y tareas asignadas para casa. El plan de intervención se llevó a cabo durante las horas de trabajo en un día normal de la empresa. Las sesiones individuales duraron una hora, y dos horas durante cada sesión grupal.

El protocolo con ACT consistió en el desarrollo de habilidades de aceptación, toma de perspectiva sobre los eventos privados y clarificación de valores. El protocolo con FAP consistió en la identificación, clasificación y moldeamiento de conductas clínicamente relevantes hacia conductas más adaptativas en el trabajo y en la vida personal, buscando la generalización funcional. El programa combinó ambos protocolos resultando en una intervención combinada con procesos de ambas aproximaciones. Todos los procesos se trabajaron tanto a nivel individual como grupal (Tabla 6.1) y se exponen a continuación:

La desesperanza creativa y el control como problema. A los empleados se les mostró la lucha con sus eventos privados o intentos de controlar o eliminar (pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones). Se utilizó la metáfora del “hombre en el agujero” (Wilson y Luciano, 2002), debido a que los empleados trabajaban en el campo y tenían experiencia con esta metáfora. Siempre, se adaptaron las metáforas siguiendo el análisis funcional de los problemas específicos de cada empleado y sus características.

Valores y compromiso. Los valores son el eje principal de la terapia ACT. Serían como las velas de un barco para mantener un rumbo hacia un horizonte valioso a pesar de la incomodidad o del oleaje del mar. Por lo tanto, el objetivo principal con los trabajadores era clarificar los valores y unir un sentido existencial a la tarea que estaban desempeñando en el trabajo y en su vida personal. Asimismo, se buscaba el compromiso con las acciones de manera significativa, en vez de luchar o alimentar sus eventos privados; por ejemplo: “*esto es muy aburrido, el salario no es suficiente, otro día más*”, etc. Se usó la metáfora del “cumpleaños” y del “jardín” (Wilson y Luciano, 2002). El objetivo era dar un sentido al estrés producido por el trabajo diario. Por ejemplo: “*Usted está aquí haciendo algo que no le gusta para pagar su alquiler, hipoteca, para alimentar a sus hijos. ¿Tiene sentido que venga a trabajar todos los días?*”.

Aceptación. En ACT el significado de aceptación es estar dispuesto a establecer contacto con los eventos internos que causan incomodidad y no luchar contra ellos. Se utilizó la metáfora del “invitado molesto” y la metáfora de las “arenas movedizas” (Wilson y Luciano, 2002).

Defusión y toma de perspectiva. El proceso de defusión consiste en observar los pensamientos, sin responder a ellos, sino actuar de acuerdo con los valores personales sin que los eventos privados supongan una barrera física real. Asumiendo los pensamientos y emociones como lo que son: sonidos, palabras, imágenes y sentimientos y sin tomar estos estímulos literalmente. Este proceso de toma de perspectiva a partir de eventos internos se entrenó a través de metáforas como “el cielo y las nubes”, pensamientos como “carteles de una cabalgata”, metáfora de “las olas” (Wilson y Luciano, 2002). También, “salir a pasear con la mente” (Hayes et al., 1999); y ejercicios como “hojas flotando en la corriente” y “anotando los pensamientos en papel” (Hayes, 2013). Estos ejercicios ayudaron a los empleados a no actuar fusionados con su contenido cognitivo, sino a tener la capacidad de observar lo que sus pensamientos les decían y ser los que decidieran si escuchar esos eventos privados. Finalmente se llevó a cabo la práctica del “ejercicio de fisicalización” (Hayes et al., 2012), para cultivar e integrar una serie de procesos (momento presente, aceptación, defusión, etc.).

Moldeamiento. El procedimiento de moldeamiento por aproximaciones sucesivas fue descrito por Skinner en su primer libro (1938/1975). Consiste en reforzar de manera diferencial las respuestas que se acercan hasta alcanzar la meta. Tiene dos características: aproximaciones sucesivas y refuerzo diferencial contingente. El moldeamiento de los comportamientos clínicamente relevantes (CCR1 y CCR2) se

trabajaron con los empleados. Los primeros tipos CCR1 son comportamientos problemáticos que se dan en la sesión, en el contexto de trabajo o en su vida diaria, mientras que los segundos CCR2 son los objetivos terapéuticos, las mejoras o cambios a conseguir con la terapia. Por ejemplo, el CCR1 de un empleado fue llegar siempre tarde al trabajo y en su vida personal, por lo que se reforzó el CCR2 que era llegar a tiempo en el trabajo, y además tratar de transferir esos cambios de horario a su vida (CCR3).

Generalización funcional. Con el fin de hacer que las CCR1 aparezcan dentro de las sesiones y los cambios perduren a lo largo del tiempo, es esencial tener en cuenta los procesos verbales que conduzcan a la generalización, reglas verbales, equivalencia y transferencia de funciones entre las sesiones en el trabajo y su vida diaria. Las interacciones sociales eran una de las cuestiones clave en la organización y se establecieron pautas grupales para mejorar el contexto que fomentaba el aislamiento (comer y desayunar en grupo, hacer actividades juntos, etc.) Como tareas para casa se prescribieron actividades para crear las condiciones que evocaran CCR1 y que el terapeuta tuviera la posibilidad de moldear de manera natural esos comportamientos a CCR2. Por ejemplo, usar juegos de rol y exponerse a situaciones reales: “¿esto también le sucede a usted fuera del trabajo?, ¿llega tarde cuando queda con amigos?, ¿esto lo lleva al trabajador y la persona que desea ser?”.

Tabla 6.1. Procesos principales del protocolo FACT breve.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Beneficios del programa para promover la adherencia a las sesiones y motivar a los empleados.2. Análisis funcional y énfasis en la relación terapéutica.3. Desesperanza creativa.4. Clarificación y trabajo con valores.5. Regulación verbal a través de reglas (<i>pliance-tracking</i>).6. Aplicación de las 5 reglas terapéuticas.7. Defusión (marcos deícticos) y fisicalización.8. Generalización funcional. |
|---|

3.5. Análisis de los datos

Para analizar los efectos de la intervención del protocolo FACT (que sería nuestra variable independiente) sobre los efectos en el bienestar psicológico de los empleados, la aproximación a actividades reforzantes y la satisfacción laboral (nuestra variable dependiente), se utilizó un diseño intra-grupos cuasi experimental con medición pretest-postest. Por lo que para verificar la existencia de diferencias significativas entre las puntuaciones medias pretest-postest de las pruebas de grupo, se utilizó el estadístico de contraste no paramétrico de Wilcoxon, debido a que los datos no se ajustaban a la distribución normal. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

4. Resultados

En los tres cuestionarios utilizados los datos mostraron cambios significativos en el grupo, antes y después del tratamiento. En el caso de la salud general, el GHQ-12 disminuyó desde 14 a 8 puntos, situándose por debajo del criterio clínico tras la intervención en todos los participantes salvo en un empleado que sufrió una pérdida de un familiar cercano. Por su parte, el grado de recompensa ambiental en EROS mostró un aumento de 30 a 33 puntos; y el bienestar laboral mostró una mejoría de 38 a 42 puntos.

En el análisis estadístico, se encontraron diferencias significativas en el pretest-postest del GHQ-12 sobre el bienestar psicológico ($W = -3.34$, $gl = 14$, $p = .001$), del EROS sobre la recompensa ambiental ($W = -3.05$, $gl = 14$, $p = .002$), y también de la EBP sobre bienestar psicológico laboral ($W = -3.08$, $gl = 14$, $p = .002$).

En la Tabla 6.2 y la Figura 6.1 pueden observarse los datos comparativos obtenidos en los tres cuestionarios antes y después de la intervención.

Tabla 6.2. Datos medios de los cuestionarios pre-post, además de su significatividad.

Grupo FACT (n=15)	Pretest		Posttest		Wilcoxon	
	M	DT	M	DT	Z	p
GHQ-12	14.26	8.37	8.07	3.66	-3.34	<.01
EROS	30.73	3.28	33.26	3.24	-3.05	<.02
EBP	38.40	5.51	42.40	4.20	-3.08	<.02

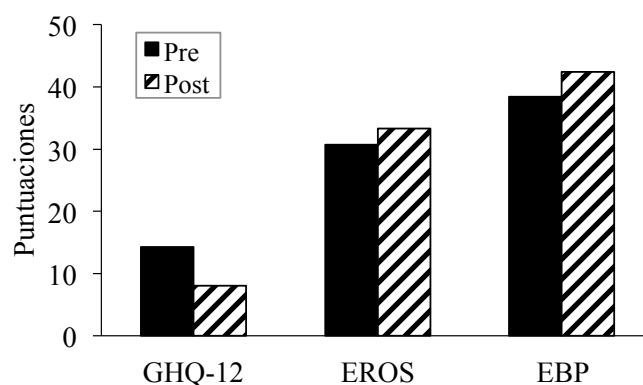


Figura 6.1. Media de las puntuaciones pre-post obtenidas en los distintos cuestionarios.

5. Discusión

Después de analizar los resultados del presente estudio, podemos concluir que la hipótesis de esta investigación ha sido confirmada. Los resultados antes y después de la intervención se redujeron en el GHQ-12, y puntuaron por debajo del punto de corte del instrumento, por lo que puede afirmarse que mejoraron su salud general y se disminuyó la probabilidad de presentar problemas psicológicos. Por su parte, se incrementaron los resultados en los cuestionarios EROS y EBP, por lo que podemos concluir que la intervención tuvo un efecto positivo en la recompensa ambiental y el bienestar psicológico de los trabajadores. De manera cualitativa los comentarios personales de los participantes sobre los beneficios del programa de intervención fueron muy positivos, y

recomendaban hacer esta intervención a más personas y trabajadores. En suma, el protocolo FACT ha mostrado su eficacia también en un grupo de trabajadores, y no solo en terapia individual o casos clínicos, sino aplicado en un programa breve en solo 6 sesiones, tanto individuales como en grupo. Por tanto, podemos afirmar que se cumple también la tercera hipótesis específica de esta tesis, pues los datos confirman que el protocolo FACT resulta eficaz aplicado en grupo y los trabajadores se benefician de ello tras su aplicación en grupal.

A pesar de los resultados positivos que se han obtenido, este estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, no se pudo obtener un grupo de control, ni tampoco un grupo en lista de espera, o cualquier otra comparación activa en los trabajadores, debido a que la empresa se encontraba en plena campaña y el horario para poder realizarlo era muy ajustado.

Además, tampoco se pudo realizar el seguimiento, pasando los cuestionarios de nuevo, porque la empresa se encontraba en plena campaña, con mucho trabajo, y no se pudo establecer un día para reunir a todos los empleados al mismo tiempo para obtener ese seguimiento. No obstante, se realizó un seguimiento vía *on-line* y telefónica durante un año (al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año), aunque de manera cualitativa, donde los trabajadores informaron de niveles óptimos de desempeño laboral y personal. En este caso y para no perjudicar la imagen de la intervención al pasar más cuestionarios (los empleados se mostraron reticentes a cumplimentar la batería de cuestionarios desde un principio por miedo a despidos), se optó por no pasar más medidas, para mejorar la relación terapéutica y confianza con los empleados, aunque se perdiera calidad científica.

Por último, la muestra (n=15) se considera reducida para obtener unas conclusiones consistentes sobre la eficacia de FACT, ya que se emplearon pruebas estadísticas no-paramétricas al ser unos datos no normativos, pues algunos trabajadores presentaban puntuaciones extremas.

Aun así, podemos concluir que las "terapias de tercera generación" como ACT y FAP, unidos en un protocolo FACT, pueden ser opciones válidas para mejorar el bienestar psicológico de los empleados. Justo un año después de la primera publicación en ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), se realizó el primer ensayo clínico aleatorizado siguiendo este manual, precisamente en un contexto laboral (Bond y Bunce, 2000). Por lo que esta terapia desde un primer momento ha estado vinculada al contexto laboral, y sus evidencias han nutrido de manera paralela los hallazgos

encontrados en psicología básica, clínica y laboral. Las aplicaciones de estos modelos están teniendo resultados prometedores en el lugar de trabajo con un creciente éxito en el contexto laboral para mejorar la salud (Bond et al., 2008; Bond, Hayes y Barnes-Holmes, 2006) el rendimiento y la productividad (Bond et al., 2010).

Finalmente, esta investigación muestra de manera novedosa que la integración del protocolo FACT puede ser una combinación interesante que actúe de manera sinérgica para producir cambios en el contexto laboral. Podría ayudar no solo a que los empleados tengan un mejor bienestar psicológico, satisfacción laboral o acceso a reforzadores, sino también a que los efectos positivos en estas variables se traduzcan en beneficios económicos para las empresas y tenga un retorno positivo en la sociedad, por ejemplo, con menos días de baja laboral, menor medicalización, menos absentismo, etc.

Dadas estas dificultades, consideramos seguir nuestro proceso de investigación inductivo realizando un nuevo estudio que superase algunos de esos inconvenientes, y pudiese replicarse la eficacia del protocolo FACT de una manera más fiable y generalizable. De esta forma, se programó un tercer estudio con mayor cantidad de muestra, con otro tipo de trabajadores y empresa, además utilizar un grupo control sin esa intervención, que permitiese verificar la hipótesis de eficacia y efectividad del protocolo FACT de esta tesis doctoral.

Capítulo 7

TERCER ESTUDIO

La eficacia y efectividad de FACT en empleados públicos

1. Resumen

La literatura está repleta de evidencias sobre las repercusiones del malestar psicológico en el contexto laboral. De manera tradicional las intervenciones para mejorar el bienestar psicológico en el trabajo se han diseñado y realizado de forma grupal. El objetivo de este estudio fue incorporar un programa individual breve en el trabajo, a través de la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) y la combinación de la *Psicoterapia Analítica Funcional* (FAP) para empleados de la Administración Pública. Un grupo amplio de funcionarios de un ayuntamiento español cumplieron la medidas pretest (106), de los cuales 43 cumplieron con los criterios de inclusión. Las puntuaciones de los participantes en malestar psicológico, *burnout*, flexibilidad psicológica, depresión, ansiedad, estrés y valores personales, fueron analizadas en un diseño experimental entre-grupos pre-post, con un grupo de control en lista de espera y asignación aleatoria. Treinta y ocho empleados completaron la intervención (19 en el grupo FACT; y otros 19 en el grupo en lista de espera). El grupo FACT después de tres sesiones mostró mejoras estadísticamente significativas en bienestar psicológico, ansiedad, *burnout*, flexibilidad psicológica y en los valores medidos con la Instantánea Vital de FAP, en comparación con el grupo de control en lista de espera que no obtuvo cambios en ninguna variable. Estos resultados proporcionan de manera novedosa apoyo inicial para la utilización de un protocolo basado en dos de las terapias contextuales más conocidas en formato breve y radical (FACT), para mejorar el bienestar psicológico y reducir el *burnout* de los empleados.

2. Introducción

El riesgo de sufrir malestar psicológico se da en todas las esferas de la vida, especialmente en el lugar de trabajo, donde pasamos un tercio de nuestra vida. El malestar psicológico está aumentando cada vez para los empleados de la Administración Pública (Awa, Plaumann y Walter, 2010), alcanzando una prevalencia del 40% en este entorno (Stride, Wall y Catley, 2007). El estrés laboral puede desencadenar el síndrome de agotamiento o *burnout*, que es una respuesta prolongada a estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Los empleados que experimentan malestar y agotamiento a menudo experimentan problemas de salud física y emocional, lo que deriva en problemas asociados con la salud mental (Stalker y Harvey, 2002). A pesar de esta evidencia, solo una pequeña proporción de empleados con dificultades recibe intervención psicológica (Hilton et al., 2008).

La *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 2012; Wilson y Luciano, 2002) es la más representativa de las terapias de la tercera ola centradas en la flexibilidad psicológica. La flexibilidad es definida como la capacidad de persistir en una conducta hacia una vida significativa en presencia de pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones desagradables (Bond, Flaxman y Bunce, 2008). Este enfoque representa una dimensión contextual y funcional para comprender y tratar la psicopatología humana a través de la aceptación y el cambio experiencial (Pérez-Álvarez, 2012). La evidencia sobre la utilidad de ACT ha crecido recientemente, mostrando resultados prometedores para numerosas condiciones clínicas (por ejemplo, A-Tjak et al., 2015; Butryn, Forman, Hoffman, Shaw, y Juarascio, 2011; Dimidjian et al., 2016; González-Fernández, Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero y Pérez-Álvarez, 2018; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Kohtala, Lappalainen, Savonen, Timo y Tolvanen, 2015; Powers, Vörding, y Emmelkamp, 2009; Ruiz, 2010). Además, la eficacia de ACT se ha demostrado también en el lugar de trabajo, reduciendo el malestar psicológico y aumentando el rendimiento (Bond y Bunce, 2000; Flaxman y Bond, 2010; Flaxman, Bond y Livheim, 2013; Lloyd, Bond, y Flaxman, 2013).

Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012) ofrecieron una versión abreviada de ACT basada en los procesos centrales diseñados en entornos de atención primaria donde

hay poco tiempo para producir cambios. Esta versión es una intervención breve dirigida a promover un cambio radical en la salud mental. ACT breve ha obtenido resultados favorables y prometedores para producir cambios rápidos (Cattivelli, Musetti y Perini, 2014; Glover et al., 2016; Strosahl, Robinson, y Gustavsson, 2012).

Por otro lado, también en las terapias contextuales, la *Psicoterapia Analítica Funcional* (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991) se concibe como una intervención para abordar los problemas clínicos complejos que ocurren en la vida diaria. Estos comportamientos problemáticos pueden ser observados y evocados por los terapeutas en sesión, considerando el vínculo que se establece entre ambos como esencial para lograr resultados clínicos positivos. Los objetivos clínicos al trabajar con FAP son: observar y evocar comportamientos clínicamente relevantes (CCR1), reforzar de manera diferencial y contingente un comportamiento más adaptativo *in situ* en la propia sesión (CCR2), y también la equivalencia funcional entre lo que ocurre dentro y fuera de la terapia. Además, el hecho de que el cliente haga interpretaciones funcionales sobre su propia conducta (CCR3) es fundamental para que la mejoría perdure a largo plazo. La evidencia empírica muestra que la FAP es un enfoque eficaz para lograr mejoras clínicas en diferentes entornos y condiciones (Callaghan et al., 2004; Kanter et al., 2017; Mangabeira, Kanter, y del Prette, 2012; Muñoz-Martínez et al., 2012; Ribeiro et al., 2013; Valero, Ferro y López, 2015).

La integración de ACT y FAP para abordar problemas clínicos complejos y cotidianos se conceptualiza como *Terapia de Aceptación y Compromiso Analítica Funcional* (FACT; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford 2004; Gifford et al., 2011). FACT parece ser una intervención más exitosa que cuando se utiliza cualquiera de las dos terapias por separado y ha sido eficaz en el tratamiento de una variedad de problemas (Callaghan et al., 2004; Gifford et al., 2011; Luciano, Valdivia-Salas, Gutiérrez-Martínez, Ruiz, y Páez, 2009; Tsai et al., 2009). Sin embargo, hasta la fecha, no hay evidencia sobre la efectividad de FACT con una versión breve de ACT en un contexto laboral.

Así, pues, este estudio tuvo como objetivo probar la eficacia de FACT para promover el bienestar psicológico abordando problemas complejos en trabajadores de la Administración Pública. La investigación actual se centró en producir cambios radicales en un corto período de tiempo, de acuerdo con la evidencia que muestra cómo dos o más sesiones pueden reducir los problemas psicológicos y mejorar la salud mental (Bryan et al., 2012). Para producir cambios más profundos en un corto período de

tiempo, este protocolo enseña estrategias a los participantes, y actúa más como un “recurso” que como una "terapia". Hasta la fecha, este estudio representa el primer intento de combinar períodos breves de ACT y FAP individualmente dentro de un contexto laboral público. Se parte de la hipótesis de que la intervención con FACT conduciría a una disminución significativa del malestar psicológico, el *burnout*, la depresión, la ansiedad y el estrés de los participantes, al tiempo que aumentaría su flexibilidad psicológica y las puntuaciones en valores medidos con la Instantánea Vital de FAP.

3. Método

3.1. Participantes

Los participantes eran empleados públicos en un ayuntamiento español (Marbella, Málaga), participando voluntariamente en este programa para promover su salud personal y laboral. Se realizó la evaluación inicial a 106 empleados. De ellos, 43 participantes cumplían con los criterios de inclusión, basados en puntuaciones mayores o iguales a 12 en el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) y mayores o iguales a 10 en el Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS, escala de agotamiento). El GHQ-12 se usó como una herramienta de detección de malestar psicológico y considerando que una puntuación igual o superior a 12 es el límite para estar en riesgo de padecer malestar psicológico (Hardy, Woods y Wall, 2003). Del mismo modo, las puntuaciones sobre 10 indican altos niveles de agotamiento, que es un factor utilizado para indicar la presencia *burnout* (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Los participantes fueron asignados al azar al grupo FACT ($n = 22$) o al grupo de control en lista de espera ($n = 21$). Se consideró que los empleados habían completado la intervención solo si asistían al 100% de las sesiones (3 de las 3 sesiones). Por lo tanto, la muestra final consistió en 38 empleados: grupo FACT ($n = 19$) y grupo de control de lista de espera ($n = 19$). De los participantes, el 59% eran mujeres y el 41% eran hombres con una edad media de 39.47 (DT = 11.76, en un rango de 23 a 64 años). El 90% había completado un título universitario, y el 10% tenía el bachillerato. Los empleados habían pertenecido a su área de trabajo actual durante un promedio de 11.7 años (DT = 10.27), trabajando un promedio de 40 horas por semana. El trabajo consistía

en tareas monótonas y repetitivas de tipo administrativo en las dependencias del ayuntamiento, y eran constantemente sometidos a presiones políticas y sociales en su trabajo, lo que generaba bastante malestar psicológico y agotamiento.

3.2. Diseño

Para este estudio se utilizó un diseño entre-grupos con medidas repetidas, con un grupo experimental de 19 participantes a los que se aplicó el protocolo FACT, y un grupo control de otros 19 participantes, que no realizaron ningún tratamiento, y solo estaban en lista de espera para realizar otro programa posteriormente. Los participantes fueron completamente aleatorizados a cada grupo, siguiendo el orden de inscripción, un participante a cada grupo.

Todos los participantes realizaron la evaluación previa con los diversos cuestionarios, que se describen a continuación, y también realizaron la evaluación final después de las tres sesiones de tratamiento, o bien tras un tiempo de cinco semanas en lista de espera, que es lo que duró todo el proceso en el otro grupo.

3.3. Instrumentos

Durante el estudio se registraron de manera descriptiva las opiniones y comentarios de los participantes, sobre lo que se realizaba en las sesiones y cualquier otro cambio que percibían en el proceso. Para la evaluación de las distintas variables de *burnout* y malestar psicológico se utilizaron los siguientes cuestionarios:

Cuestionario General de Salud-12 (GHQ-12; Goldberg, 1992). Versión en español de Sánchez-López y Dresch (2008). Esta escala es un cuestionario de autoinforme de 12 ítems que mide el bienestar psicológico. Los ítems se califican usando una escala de cuatro puntos desde "mejor que lo usual" hasta "mucho menos que lo usual". Se utilizó el método de puntuación Likert (0, 1, 2, 3). Las puntuaciones más altas en este cuestionario indican mayores niveles de malestar psicológico. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala fue de .76.

Maslach Burnout Inventory General-Survey (MBI-GS; Schaufeli, Leiter, Maslach, y Jackson, 1996). Versión en español de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y

Grau (2000). Esta escala es una medida genérica del denominado síndrome de *burnout* o agotamiento, y consta de 15 elementos de autoinforme, distribuidos en tres subescalas: agotamiento emocional (sentimientos de sobrecarga emocional en el trabajo), cinismo (desapego del trabajo) y eficacia profesional (sentimientos de logro en trabajo). Los ítems se puntúan en una escala de siete puntos de 0 (nunca) a 6 (siempre). Las puntuaciones altas en cinismo y agotamiento, y puntuaciones bajas en eficacia profesional, son indicativas de agotamiento. Los valores alfa de Cronbach fueron .84 (agotamiento emocional), .74 (cinismo) y .70 (eficacia profesional).

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011). Versión en español de Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán, (2013). Esta escala es un cuestionario de autoinforme con respuestas tipo Likert de 7 elementos creado para medir la flexibilidad psicológica. Esta escala evalúa la evitación experiencial y la aceptación psicológica, que son aspectos clave del modelo de ACT. Cuenta con 7 ítems calificados de 1 (nunca) a 7 (siempre). Las puntuaciones más altas indican niveles más bajos de flexibilidad psicológica. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .88.

Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ; Bond, Lloyd, y Guenole, 2013), versión española de Ruiz y Odriozola-González (2014). Esta escala es un cuestionario tipo Likert de 7 ítems que mide la flexibilidad psicológica en relación con el lugar de trabajo. Los elementos miden la medida en que las personas pueden tomar acciones dirigidas a un objetivo en presencia de incomodidad o experiencias internas desagradables. Los ítems se puntúan de 1 (nunca verdadero) a (siempre verdadero). Las puntuaciones más altas muestran niveles más altos de flexibilidad psicológica relacionada con el trabajo. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .83.

Depresión, Ansiedad y Escala de Estrés-21 (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995a), en la versión en español de Daza et al. (2000). Esta escala es un conjunto de tres cuestionarios de autoinforme diseñados para medir estados emocionales subjetivos dentro de tres subescalas: depresión, ansiedad y estrés. La escala tiene 7 ítems, que se calificaban como 0 (no se aplicaron a mí) hasta 3 (se me aplicaron mucho o la mayor parte del tiempo). Las puntuaciones más altas en las subescalas indican la presencia de problemas de depresión, ansiedad o estrés. Los valores alfa de Cronbach fueron .81 (depresión), .73 (ansiedad) y .81 (estrés).

Instantánea Vital de FAP (FAP-Snapshot; Tsai, Koklenberg, Kanter, Kohlenberg, Follete, y Callaghan, 2009). Versión en español por Ruiz, Macías, Ferro y Valero, no publicado). Este instrumento está diseñado para evaluar el estado vital y

psicológico del individuo en el momento justo de la evaluación, y es clínicamente relevante cuando se interviene desde FAP, al dar al clínico una valoración de cómo se encuentra el individuo en todos los aspectos de su vida. Esta medida de autoinforme consta de 24 ítems relacionados con diferentes valores personales. Los ítems se basan en una escala tipo Likert y se puntúan del 1 (nada) al 10 (mucho). Las puntuaciones más altas en esta escala reflejan mayor satisfacción y cumplimiento con los diferentes valores personales.

3.4. Procedimiento

Los empleados del ayuntamiento de Marbella (España) fueron reclutados para participar en esta intervención con el objetivo de mejorar el bienestar psicológico y reducir el *burnout*. Este estudio se realizó en diferentes áreas del Ayuntamiento, en salas independientes que salvaguardaban la intimidad y privacidad de los empleados. Este estudio fue aprobado por el comité de ética experimental de la Universidad de Málaga (47-2018H). Inicialmente se obtuvo la autorización de la propia institución, y en la primera sesión se informó a los trabajadores sobre la evaluación, el propósito de la investigación y la confidencialidad de datos, tras lo cual firmaron su consentimiento informado para participar en la investigación (ver Anexo 1). El pretest y el consentimiento informado lo completaron todos los voluntarios (106) y el posttest lo completaron la muestra final que cumplió con los criterios de inclusión (38). Para introducir un nuevo formato de intervención y trabajar con el análisis funcional individual, todas las sesiones se completaron individualmente. El propósito fue facilitar la apertura emocional y contacto personal que suele producirse en un contacto individual, que a veces se ve dificultada por las intervenciones grupales, y además se pretendía utilizar la relación terapéutica para facilitar los cambios radicales en breves períodos de tiempo, siguiendo las recomendaciones de FAP.

Todos los participantes en el grupo FACT asistieron a tres sesiones individuales. Las dos primeras fueron en semanas consecutivas y la sesión final tuvo lugar después de un intervalo de diez días. Este período de tiempo se utilizó para practicar las habilidades aprendidas en las dos primeras sesiones. Cada sesión individual duró 90 minutos y tuvo lugar durante la jornada laboral en la propia administración pública. La intervención se

extendió a lo largo de cinco semanas, y las medidas posttest se completaron una semana después de la última sesión.

El protocolo FACT se llevó a cabo utilizando una adaptación del formato "2 + 1" (Barkham y Shapiro, 1990). La intervención individual se basó en estrategias desarrolladas en ACT por Wilson y Luciano (2002); una breve versión de ACT originalmente diseñada en el campo de la atención primaria (Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012); Psicoterapia Analítica-Funcional como contexto de la relación terapéutica y el refuerzo contingente (FAP; Tsai et al., 2009); y componentes de Terapia de Aceptación y Compromiso diseñadas para las intervenciones en el lugar de trabajo (Flaxman, Bond y Livheim, 2013).

La filosofía de la intervención consistió en tratar cada sesión como si fuese la última, tratando de inducir cambios radicales (Tabla 7.1). Los procesos centrales trabajados fueron: resultados de la evitación, aceptación de experiencias privadas, promoción de la conciencia y el compromiso con una vida significativa relacionada con la presencia del malestar. En la sesión inicial se presentaron los beneficios del programa y lo que promueve la cultura. Se describió el control del problema y la evitación experiencial, junto con el análisis funcional individual, la clarificación de los valores y el compromiso, la desesperanza creativa y, finalmente, el Yo como contexto (actuando con barreras). La segunda sesión se centró en un breve resumen de la sesión anterior, que incluyó ejercicios de defusión, fomento de la conciencia y la disposición para estar dispuesto a los eventos privados desagradables (pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones) y toma de perspectiva a través de marcos jerárquicos con el deíctico-Yo y no actuar en coordinación con los eventos privados. FAP se integró en todos los ejercicios, con el propósito de: provocar CCR1, reforzar CCR2 y promover CCR3. La sesión final tuvo como objetivo promover el compromiso con una vida basada en valores (vida significativa), la prevención de recaídas y la aceptación del malestar. Todas las sesiones individuales incluyeron ejercicios para casa relacionados con los procesos usados en cada sesión, junto con ejercicios y metáforas, con el propósito de producir una generalización funcional en la vida diaria.

Por otro lado, el grupo de control no realizó ninguna actividad mientras que el grupo experimental recibía la intervención. Recibió otra intervención tras completar el post, por lo tanto, sería un grupo de control. No se consideró esta segunda intervención para su comparación o en lista de espera, porque tenía otra metodología y objetivos

terapéuticos diferentes. Por lo que solo se compararon los datos iniciales de este grupo aleatorizado inicialmente en el pre y el post.

3.5. El protocolo FACT

El protocolo FACT, como ya se ha descrito, implicaba diferentes ejercicios y metáforas de ACT, junto con un contexto de relación íntima terapéutica, y moldeamiento con reforzamiento del terapeuta siguiendo las cinco reglas de FAP. De esta forma, en primer lugar se buscaba una alianza terapéutica sólida e intensa, validar emocionalmente al empleado a través del establecimiento de un alto nivel de empatía para así poder trabajar el resto de procesos. El análisis funcional era la herramienta de interpretación que el terapeuta utilizaba continuamente para analizar los distintos tipos de comportamientos problemáticos, categorizándolos según FAP como CCR1 o conductas problemáticas que se dan dentro y fuera de la sesión, en su vida diaria y laboral, y que van a ser provocadas por el terapeuta si no se dan dentro de la sesión, para después poder moldearlas y conseguir las mejorías o CCR2. Estas serían los avances o cambios positivos que el terapeuta va a reforzar de manera natural.

En ese momento, y según el análisis de los problemas de cada empleado se utilizaron diversas metáforas siguiendo las directrices de ACT, para conseguir que el individuo dejase de evitar, que tomase contacto con las contingencias directas de su entorno, y a flexibilizar su repertorio facilitando nuevas contingencias. En este caso, se utilizaron metáforas como las “arenas movedizas”, “bienvenidos todos”, “*the fly meditation*”, o ejercicios como el “elefante rosa”, “olvida los números 1, 2, 3”, el “cumpleaños” y “jardín”. De igual forma, en las siguientes sesiones se buscaba conseguir que el individuo estableciera su Yo como diferente a sus eventos privados, y dejara la literalidad del lenguaje, utilizando para ello metáforas como el “tablero de ajedrez”, “la radio”, “gracias a tu mente”, o ejercicios como “me doy cuenta de que estoy pensando”, repetición de la palabra limón”, “hojas en un río”, etc. Y posteriormente que enfocara su vida a un sentido vital, tanto en su vida diaria como en su trabajo, con metáforas y ejercicios para “clarificar valores o direcciones de vida”, “tomar perspectiva” o “actuar con barreras”. A lo largo de las tres sesiones siempre se establecían paralelismos entre lo que ocurría dentro y fuera en su trabajo o su vida

diaria, para crear CCR3 que permitieran una generalización funcional de lo conseguido en terapia.

Tabla 7.1. Descripción de las principales actividades y procesos de la intervención

-
1. Beneficios del programa para promover la adherencia a las sesiones y motivar los empleados (operaciones de establecimiento). Estableciendo empatía, contacto con el momento presente/conciencia, amor y coraje (Modelo ACL).
 2. Énfasis en la alianza terapéutica, validación emocional y reforzamiento positivo.
 3. Análisis Funcional Individual.
 4. Evocar CCR1 y reforzar diferencialmente comportamientos adaptativos o CCR2.
 5. La desesperanza creativa. Metáfora: "Arenas movedizas", "Bienvenidos todos". Video: "*The fly meditation*".
 6. Control como el problema. Ejercicios: "Elefante rosa", "Olvida los números: 1, 2, 3".
 7. El yo como contexto. Metáfora: "Tablero de ajedrez", "La radio", "Dos PCs" y "Gracias a tu mente"
 8. Aclaración de valores (vida significativa) y compromiso. Metáforas: "Cumpleaños" y "Jardín"
 9. Breve recapitulación de la última sesión. Aclaración de valores y actuar con barreras. Metáfora: "Demonios en el barco".
 10. Defusion. Ejercicios: "me doy cuenta de que estoy pensando"; "Hojas en un río"; "Repetición y fusión con la palabra Limón", "Mensajes de texto en su teléfono móvil"
 11. Toma de perspectiva y (marcos jerárquicos con el deíctico-Yo). Ejercicio de aceptación: "Fisicalización".
 12. Prevención de recaídas. Metáfora: "El jinete"; "Bambú japonés" y "El barro"
 13. Tareas para casa en busca de la generalización funcional CCR3. Actuar con barreras (pensamientos, sentimientos) hacia los valores. Atención plena en la vida cotidiana.
-

3.6. Análisis de los datos

Se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) sobre las variables dependientes: GHQ-12, MBI-GS (agotamiento emocional, cinismo y eficacia profesional), AAQ-II, WAAQ (flexibilidad psicológica) y DASS-21 (depresión, ansiedad, estrés) y la Instantánea Vital de FAP. El objetivo era examinar las hipótesis de que la intervención con FACT produciría una disminución significativa del malestar psicológico, el agotamiento, la ansiedad y la depresión, junto con cualquier cambio significativo en la flexibilidad psicológica y los valores medidos en FAP.

La intervención FACT se consideró como una variable independiente con dos niveles (grupo experimental y grupo de control) con las respectivas puntuaciones de cada variable dependiente como covariables. Por lo tanto, se estimaron las diferencias entre los grupos después del tratamiento, y se eliminaron las diferencias en la puntuación pretest. Un valor de $p < .05$ se consideró significativo. Los análisis de datos se realizaron utilizando SPSS 20.0 para Windows.

4. Resultados

El efecto de la intervención FACT en la prueba postest, después del ajuste de la covariable en el pretest fue estadísticamente significativo para GHQ-12, MBI-GS (agotamiento emocional y eficacia profesional), AAQ-II, WAAQ (flexibilidad), DASS-21 (ansiedad y puntuación total) y en la Instantánea Vital de FAP. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de depresión, estrés y cinismo. Los resultados detallados de cada escala y grupo aparecen en la Tabla 7.2.

El grupo FACT obtuvo una puntuación en el postest por debajo del punto de corte en el GHQ-12 y MBI-GS (agotamiento emocional), utilizados como punto de corte en los criterios de inclusión para formar parte de este estudio. Después de la intervención con FACT, las puntuaciones disminuyeron desde un punto de vista estadístico y clínico, en comparación con el grupo de control que no mejoró en ninguna variable (ver Tabla 7.2; Figuras 7.1, 7.2 y 7.3).

Tabla 7.2. Medias de pretest, medias ajustadas posttest, error estándar (entre paréntesis), F estadístico y tamaño del efecto (eta cuadrado).

Variables	WL-CG (N=19)		FACT (N=19)		F	p	η^2
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest			
Bienestar Psicológico (GHQ-12)	15.42 (0.84)	15.79 (0.80)	15.73 (1.04)	8.11 (0.80)	45.70	< .01	.57
Agotamiento (MBI-GS)	12.31 (1.49)	12.24 (1.19)	14.10 (1.82)	8.51 (1.15)	5.05	.03	.13
Cinismo (MBI-GS)	12.15 (1.35)	9.48 (1.27)	7.26 (1.58)	8.26 (1.27)	0.42	.52	.01
Eficacia Profesional (MBI-GS)	24.68 (1.70)	25.81 (1.00)	24.94 (1.54)	28.88 (1.00)	4.72	< .01	.12
Flexibilidad Psicológica (AAQ-II)	20.26 (2.08)	21.10 (1.22)	20.73 (1.73)	17.42 (1.22)	4.53	.04	.12
Flexibilidad en el trabajo (WAAQ)	35.42 (1.34)	33.69 (1.05)	31.94 (1.50)	37.52 (1.05)	6.38	.02	.15
Depresión (DASS-21)	6.78 (0.88)	3.17 (0.73)	4.10 (0.85)	3.05 (0.73)	0.01	.91	.01
Ansiedad (DASS-21)	5.31 (1.02)	8.32 (0.95)	4.05 (0.74)	2.73 (0.95)	16.77	< .01	.32
Estés (DASS-21)	9.52 (0.96)	5.47 (0.78)	8.84 (1.04)	4.63 (0.78)	0.57	.45	.02
Total DASS-21	21.63 (2.46)	16.81 (2.00)	17 (2.34)	10.56 (2.00)	4.73	.04	.12
Instantánea Vital	159 (2.00)	157 (2.42)	162 (2.00)	183 (2.42)	46.83	< .01	.57

Nota: WL-CG = Grupo de Control de Lista de Espera; FACT = Terapia de Aceptación y Compromiso Analítica Funcional; GHQ12 = Cuestionario de Salud General; MBI-GS = Inventario de Burnout-Escala General de Maslach; AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Acción; WAAQ = Cuestionario de Aceptación y Acción relacionado con el Trabajo. DASS-21 = Depresión, Ansiedad, Escala de Estrés.

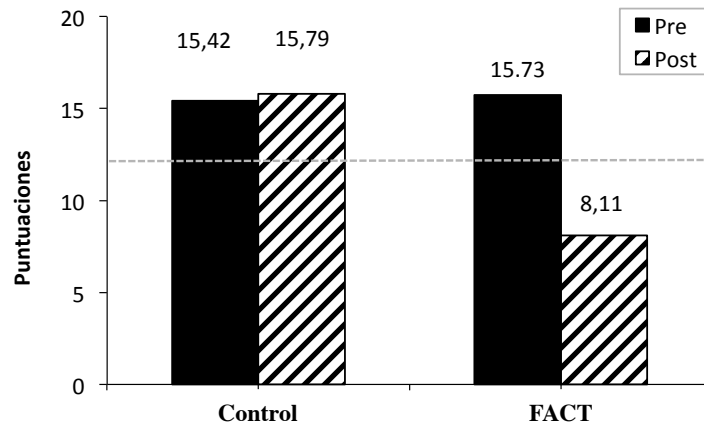


Figura 7.1. Promedio de las puntuaciones en el GHQ-12 (cuestionario de bienestar psicológico). La línea de puntos indica el punto de corte del cuestionario y la presencia de malestar psicológico.

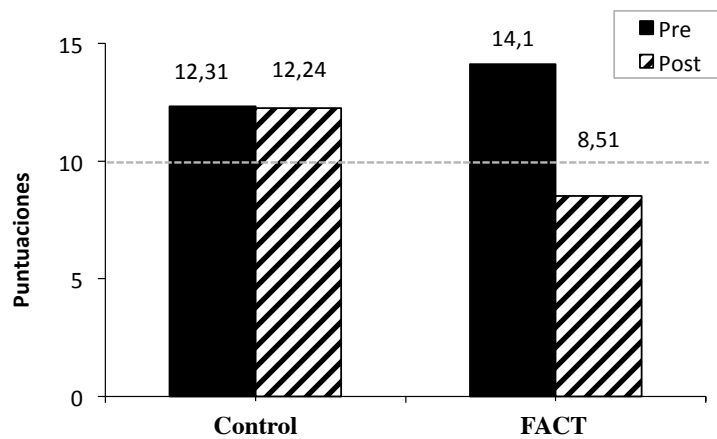


Figura 7.2. Promedio de las puntuaciones en el MBI-GS (escala de agotamiento). La línea de puntos indica el punto de corte del cuestionario y la presencia de agotamiento.

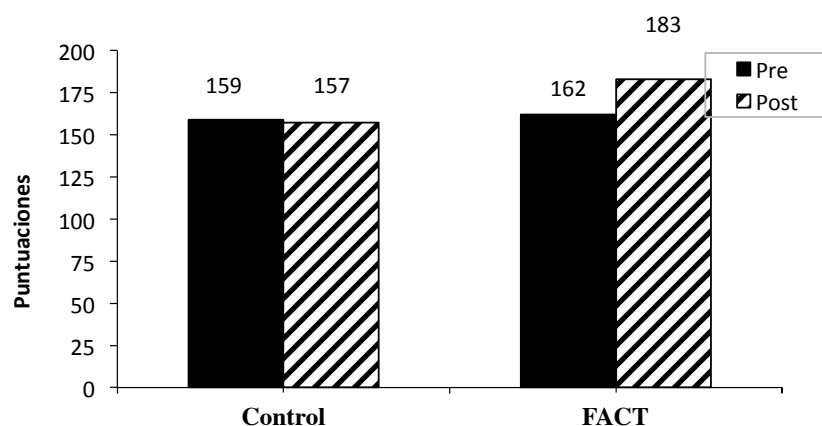


Figura 7.3. Promedio de las puntuaciones en la Instantánea Vital de FAP.

Como vemos en estos resultados, el bienestar psicológico ha mejorado en el grupo que realizó el protocolo FACT, y el tamaño del efecto puede considerarse elevado (.57). De igual forma, la Instantánea Vital que muestra los cambios fundamentales en la vida del individuo, su apreciación o satisfacción con cada aspecto de su vida, mostró también un tamaño del efecto elevado (.57). Mientras que otras variables como la ansiedad, agotamiento, eficacia profesional, flexibilidad psicológica y en el trabajo, mostraron efectos pequeños o medianos (entre .12 y .32). En general, pues, los resultados muestran beneficios significativos sobre los problemas psicológicos de los trabajadores.

5. Discusión

El objetivo de este estudio fue probar la eficacia de FACT con una versión breve de ACT en trabajadores de la Administración Pública para abordar problemas complejos, promover el bienestar psicológico y reducir el *burnout*. Las hipótesis iniciales fueron: que la intervención con FACT obtendría una disminución significativa del malestar psicológico, el *burnout*, la depresión, la ansiedad, el estrés, junto con el aumento de la flexibilidad psicológica. Para examinar la eficacia del protocolo FACT, los empleados completaron una batería de cuestionarios y fueron asignados aleatoriamente siguiendo un diseño de pretest-posttest con un grupo de control.

Los hallazgos indicaron que el grupo FACT mostró una disminución de la angustia psicológica medida con el GHQ-12. Esta reducción llevó a una puntuación media de 8.11, que se encuentra por debajo del punto de corte de 12, que se considera el límite para tener riesgo de enfermedad mental (Hardy et al., 2003). En contraste, la media del grupo de control fue igual a 15.79, lo que corresponde con puntuaciones por encima del punto de corte.

Con respecto al *burnout*, el grupo FACT mostró cambios estadísticamente significativos, disminuyendo el agotamiento en el trabajo y aumentando la eficacia profesional. Ambos se consideran aspectos clave del síndrome del *burnout*. El agotamiento emocional es un componente principal en el *burnout* y está relacionado con la salud mental (Maslach et al., 2001). Por lo tanto, la intervención con FACT proporciona a los empleados habilidades para hacer frente al malestar psicológico y agotamiento emocional disminuyendo las puntuaciones por debajo del punto de corte.

FACT produjo diferencias estadísticamente significativas en el agotamiento emocional y el bienestar psicológico de los empleados, con un aumento en la flexibilidad psicológica que es consistente con la teoría de ACT (Hayes et al., 1999) y las investigaciones en el trabajo con ACT (Bond et al., 2008; Flaxman y Bond, 2010). En relación con la flexibilidad psicológica, estos resultados indicaron una mejora en la flexibilidad psicológica (disminución en las puntuaciones AAQ-II) y en la flexibilidad psicológica en el trabajo (aumento en las puntuaciones WAAQ). Además, el grupo FACT mostró una disminución en la ansiedad, con un tamaño de efecto medio ($\eta^2 = .32$). En cuanto a la instantánea vital de FAP que mide los valores personales tuvo un tamaño del efecto grande ($\eta^2 = .57$) y una $p < .01$. El grupo de control incluso empeoró en el posttest con dos puntos menos.

Sin embargo, no se encontraron diferencias en las variables de depresión y estrés. Estos resultados pueden indicar que el protocolo FACT es particularmente beneficioso para reducir la ansiedad en intervenciones breves, aunque las investigaciones futuras deberían centrarse en su efecto sobre la depresión y el estrés, utilizando, por ejemplo, medidas más específicas de estos problemas. Además, también es posible que los resultados en relación con la depresión y el estrés se deban a la presencia de factores ineludibles asociados con las características inherentes de los entornos públicos de los empleados. Por lo tanto, sería necesaria una evaluación más prolongada en el tiempo, para confirmar cualquier mejora. De hecho, algunos

investigadores han encontrado un patrón de mejoras demorado debido a la aceptación del sufrimiento (Luoma, Kohlenberg, Hayes y Fletcher, 2012).

Este estudio tiene varias limitaciones que deben tenerse también en cuenta. En primer lugar, debido a las dificultades inherentes de la administración pública, no ha sido posible administrar medidas de seguimiento para evaluar las mejoras a largo plazo. Sin embargo, la evidencia empírica apoya la idea de que una respuesta rápida en forma de intervenciones breves se asocia con el progreso a largo plazo y puede mejorar los problemas psicológicos y la salud mental (Bryan et al., 2010). En segundo lugar, el diseño experimental incluyó un grupo de control para su comparación con el grupo experimental, que se utilizó para medir el efecto del tratamiento. Para aumentar la validez interna del estudio, la investigación futura debería incluir otros grupos con diferentes tratamientos psicológicos y comparaciones activas con el grupo experimental. Finalmente, los participantes fueron reclutados en un solo centro de la Administración Pública, lo que puede restringir la generalización de los hallazgos a otro tipo de empleados que no realicen tareas administrativas, o que no estén sometidos al estrés frente al público. Por lo tanto, las investigaciones futuras deberían considerar otros lugares de trabajo para ampliar y extender nuestro conocimiento sobre la eficacia de FACT.

A pesar de las limitaciones de este estudio, nuestros resultados indican que solo se necesitaron tres sesiones de la intervención FACT para producir cambios radicales en problemas complejos (A-Tjak et al., 2015) y una mayor satisfacción o bienestar psicológico. Esta intervención proporciona una evidencia preliminar sobre la eficacia de las intervenciones breves con FACT aplicadas individualmente en el lugar de trabajo. También representa un intento de adaptar intervenciones basadas en la evidencia y encontrar procesos de cambio más precisos. En este estudio se puede sugerir la herramienta de FAP de la Instantánea Vital que mide valores y situación vital, como un potente indicador de su importancia central como proceso clave en los cambios producidos. Se necesitaría, en primer lugar, validar esta escala con una población amplia y, en segundo, realizar análisis mediacionales que puedan indicar que los cambios en las variables dependientes son producidos por esos cambios en los valores, la aceptación y la determinación de un camino de vida. Estos procesos esenciales pueden producir cambios radicales en breves periodos de tiempo, se adaptan a las necesidades de los servicios públicos y sus circunstancias, como son alto volumen de

usuarios, trabajo monótono o repetitivo, altos índices de malestar psicológico, absentismo laboral y bajas por enfermedad.

El novedoso protocolo FACT presentado aquí fue diseñado para probar su eficacia y efectividad, y sugerir una convergencia entre modelos con raíces filosóficas comunes, como el "contextualismo funcional" basado en procesos centrales para producir cambios, aunque se traten de conductas con topografías diferentes. Este estudio, pues, serviría para apoyar la tendencia hacia las terapias basadas en procesos (PBT), en lugar de desarrollar nuevos enfoques o crear más escuelas terapéuticas. El propósito iría encaminado hacia la integración e inclusión de procesos transdiagnósticos que puedan abordar las psicoterapias con elementos comunes (Hayes y Hofmann, 2018).

De esta forma, pues, se han visto confirmadas las hipótesis específicas: tercera, cuarta, quinta y sexta. Se ha demostrado la eficacia una vez más del protocolo FACT en otro grupo de trabajadores, se han replicado los resultados del estudio anterior con otros participantes y en otro lugar de trabajo diferente. Pero además se ha confirmado su efectividad comparada con un grupo control. Se ha visto cómo los trabajadores que han participado en este protocolo FACT breve de tres sesiones, han mejorado su bienestar psicológico, su flexibilidad psicológica y sus valores personales; y al mismo tiempo han disminuido sus puntuaciones respecto al grupo control en las mediciones sobre *burnout*, depresión, ansiedad y estrés laboral.

Como es natural, se podrían realizar más estudios extendiendo este programa a otros grupos de trabajadores, o bien compararlo con otras estrategias breves de control de estrés y burnout, diferentes a las terapias contextuales. Sin embargo, nuestro devenir profesional nos llevó hacia otros lugares de trabajo, por lo que la siguiente investigación se propuso aplicar este protocolo FACT en un grupo de participantes y contextos completamente diferentes. En este caso, para seguir investigando sobre su generalizabilidad, se aplicó en grupos de estudiantes de bachillerato, jóvenes y con otros intereses y problemas psicológicos diferentes a los trabajadores agrícolas o trabajadores de la administración, como habíamos realizado hasta ahora.

Capítulo 8

CUARTO ESTUDIO

El protocolo FACT aplicado en estudiantes de bachillerato

1. Resumen

Numerosas investigaciones han demostrado que la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) y la *Psicoterapia Analítica-Funcional* (FAP) son enfoques eficaces para mejorar la salud en diferentes condiciones clínicas y entornos sociales. La combinación de ambas en el protocolo FACT supone un tándem excepcional a la hora de converger, aunando los procesos clave basados en la evidencia y el contextualismo funcional, para producir cambios rápidos y profundos en las personas. Con el objetivo de extender esa eficacia al ámbito académico se aplica un protocolo breve de tres sesiones con 94 estudiantes de bachillerato entre 17 y 19 años. Los estudiantes fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos: 50 al grupo experimental y 44 al grupo de control, igualando la variable sexo en ambos grupos. Se midieron las variables de bienestar psicológico (GHQ-12), satisfacción con la vida (SWLS), flexibilidad psicológica (AAQ-II) y la atención plena (FFMQ), antes y después de la intervención en ambos grupos. El programa se llevó a cabo a lo largo de tres sesiones de una hora, en formato grupal. El programa fue diseñado para que los estudiantes aprendieran a cambiar la relación con sus experiencias privadas, mejorar su bienestar psicológico y el compromiso con sus valores. Los resultados indicaron mejoras estadísticamente significativas en todas las variables, a través del análisis de covarianza realizado al comparar el grupo experimental con el grupo control, que no obtuvo mejoras en ninguna variable. Como conclusión, se consideran los beneficios de FACT y su eficacia en entornos académicos para mejorar el bienestar psicológico de los estudiantes con solo tres sesiones.

2. Introducción

Los estudiantes pasan una gran parte de su tiempo en las aulas y por lo tanto, las escuelas tienen el potencial de ejercer una poderosa influencia en el bienestar psicológico de los alumnos. En las últimas décadas se han impulsado intervenciones preventivas para responder a los problemas de salud general de los estudiantes, apoyados por la investigación epidemiológica que ha documentado los niveles excesivos de problemas psicológicos en jóvenes (Twenge et al., 2010). Estos problemas psicológicos en los estudiantes pueden tener efectos perjudiciales para su salud (Lee y Larson, 2000). Además, existe un fuerte vínculo entre la salud de los estudiantes y su capacidad para aprender (Singh, Mulder, Twisk, Van Mechelen y Chinapaw, 2008). Hill (1984) estima que entre el 25% y el 30% de estudiantes estadounidenses sufren los efectos adversos del estrés ante exámenes, y hasta 10 millones de estudiantes escolares no alcanzan sus objetivos debido a problemas de rendimiento relacionados con la ansiedad. De los estudiantes que presentan problemas psicológicos, el 51% mostró el inicio de esos problemas antes de ir a la universidad; el resto de los problemas comienza en la universidad (Megivern, Pellerito y Mowbray, 2003). Este contexto, pues, necesita el desarrollo de estrategias que permitan mejorar la salud de los estudiantes en las aulas, para amortiguar los efectos adversos del malestar psicológico en los estudiantes.

Las distintas terapias contextuales, incluyendo tanto ACT como FAP, se consideran modelos transdiagnósticos, debido a que ambas aproximaciones comprenden al ser humano en su contexto desde una dimensión funcional y alejado del diagnóstico psicopatológico habitual. Estos enfoques pertenecen a la filosofía de ciencia del contextualismo funcional, asumiendo además que el sufrimiento humano es común a la naturaleza humana tanto en personas que experimentan condiciones clínicas o problemas de *salud general* como en población normativa. Las aplicaciones que se basan en la evidencia de estas terapias contextuales han obtenido resultados positivos en una amplia modalidad de condiciones clínicas tanto ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis, 2006) como FAP (Mangabeira, Kanter y del Prette, 2012), y también la combinación de ambas resultando en FACT (Kohlenberg y Callaghan, 2010).

El híbrido resultante de combinar ambas aproximaciones se ha denominado en la literatura como FACT (Callaghan et al., 2004), creando una terapia más amplia e integral, a la vez que sigue siendo teóricamente coherente y fiel a los objetivos de cada

terapia individual. Esta combinación mejora la utilidad y eficacia de FAP o ACT por sí solas, al expandir el objetivo de la terapia e incluir los comportamientos clínicamente relevantes, usar la relación terapéutica como mecanismo de cambio y la generalización funcional para su mantenimiento a largo plazo. Diferentes investigaciones muestran la utilidad de la combinación de ambas aproximaciones en diferentes condiciones clínicas (Callaghan et al., 2004; Gifford et al., 2011; Luciano, Valdivia-Salas, Gutiérrez-Martínez, Ruiz, y Páez, 2009; Tsai et al., 2009). Además, ha mostrado su utilidad en contextos académicos para mejorar la salud en estudiantes y los logros escolares (Cattivelli, Musetti y Perini 2014; Blarrina y Luciano 2012; Tirado et al., 2005).

Con el propósito de extender los hallazgos de FACT a otros entornos, este estudio tuvo como objetivo probar su eficacia con un protocolo breve para mejorar el bienestar psicológico y satisfacción con la vida de los alumnos de bachillerato. La investigación actual se centró en producir cambios radicales en un corto período de tiempo, de acuerdo con la evidencia que muestra cómo dos o más sesiones pueden mejorar el bienestar psicológico (Bryan et al., 2012). Para conseguir estos resultados, el programa enseña habilidades y actúa como un recurso para “vacunar” a los estudiantes contra repertorios inflexibles que les puedan ocasionar dificultades en su bienestar psicológico. Hasta la fecha, este estudio representa el primer intento en extender FACT en el entorno académico de forma breve y en formato grupal. Anticipamos que la intervención con FACT conducirá a un aumento significativo de la *salud general* de los estudiantes, además de la satisfacción con la vida. Los cambios en la flexibilidad psicológica no serían el foco de la intervención al promover estrategias que van más allá de los seis procesos del hexaflex. Con este fin, los estudiantes participaron en este estudio con una intervención FACT breve de tres sesiones, y fueron aleatorizados al inicio y derivados al grupo experimental o al grupo de control.

3. Método

3.1. Participantes

Los participantes pertenecían a tres colegios de enseñanza pública de Marbella (Málaga), que voluntariamente aceptaron a participar en este programa para mejorar su bienestar psicológico. Todos los participantes pertenecían a segundo de bachillerato, en

los tres institutos de enseñanza secundaria. Todos ellos estaban situados en zonas próximas y tenían un estatus socioeconómico medio. La franja de edad de los participantes fue de 17-19 años. Todos los estudiantes tuvieron que participar en al menos 2 sesiones de intervención para ser incluidos en el posttest del estudio. Todos los participantes realizaron al menos 2 sesiones, lo cual indica una elevada tasa de adherencia a la intervención. El total de participantes (94 estudiantes) fueron asignados al azar por orden de lista, pero controlando la variable sexo (48 chicas y 46 chicos en total). En el grupo experimental fueron 50 participantes (con 28 chicas y 22 chicos) y en el grupo de control fueron 44 (con 20 chicas y 24 chicos).

3.2. Diseño

Se realizó un diseño experimental entre-grupos con medidas repetidas pre-post, con los participantes aleatorizados en dos grupos similares: grupo experimental con el protocolo FACT y grupo control sin tratamiento. Todos ellos realizaron las mediciones con cuestionarios antes y después de la intervención, y el grupo control solo fue evaluado en un tiempo similar al que ocupó el tratamiento. La muestra se distribuyó por igual en los tres centros educativos donde se realizó el estudio, de forma que cada uno de ellos tuviese un grupo control y un grupo de FACT.

3.3. Instrumentos

Durante las entrevistas y las sesiones se recogieron los datos sociodemográficos, pero también se registraban las impresiones y opiniones que mostraban los estudiantes sobre el programa y las actividades realizadas. Para un análisis cuantitativo se utilizaron diversos cuestionarios que evaluaran ese bienestar general, satisfacción, valores, flexibilidad psicológica y atención plena que eran los objetivos del protocolo FACT. Las variables dependientes estudiadas son las mismas que en las anteriores intervenciones para extender los hallazgos encontrados en otros entornos con el mismo protocolo de Macías et al. (2019) adaptado ahora a la población estudiantil. Se añade la variable de *mindfulness* debido a que la atención plena ha sido correlacionada con

comportamientos autorregulados, emociones positivas y bienestar físico y psicológico (Brown y Ryan, 2003). Los cuestionarios utilizados fueron los siguientes:

Cuestionario General de Salud-12 (GHQ-12; Goldberg, 1992). Versión en español de Sánchez-López y Dresch (2008). Esta escala es un cuestionario de autoinforme de 12 ítems que mide el bienestar psicológico. Los ítems se califican usando una escala de cuatro puntos desde "mejor que lo usual" hasta "mucho menos que lo usual". Se utilizó el método de puntuación Likert (0, 1, 2, 3). Las puntuaciones más altas en este cuestionario indican mayores niveles de malestar psicológico. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala fue de .76.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011). Versión en español de Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas, y Beltrán, (2013). Esta escala es un cuestionario de autoinforme tipo Likert de 7 elementos, creado para medir la flexibilidad psicológica. Esta escala evalúa la evitación experiencial y la aceptación psicológica, que son aspectos clave de ACT. Cuenta con 7 ítems calificados de 1 (nunca) a 7 (siempre). Las puntuaciones más altas indican niveles más bajos de flexibilidad psicológica. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .88.

Cuestionario de las Cinco Facetas de Atención Plena (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006). Versión en español de Cebolla, García-Palacios, Soler, Guillen, Baños y Botella (2012). Esta escala es la más utilizada internacionalmente para medir la atención plena y consta de 39 elementos para evaluar cinco facetas de la atención plena. Los ítems se califican usando un rango de 1 (nunca o muy raramente cierto) a 5 (muy a menudo o siempre cierto). Tiene cinco subescalas: Observación (notar experiencias internas y externas: sensaciones, emociones, pensamientos); Describir (etiquetar con palabras las experiencias internas); Actuar con conciencia (ser conciencia en lugar de piloto automático); No juzgar (se refiere a observar las cosas como realmente son, sin evaluaciones); No reactividad (permitir pensamientos y sentimientos sin enredarse en esas experiencias). Las puntuaciones más altas en este cuestionario muestran una asociación negativa con la depresión, la ansiedad y el estrés. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala oscila entre .67 y .93.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985). Versión en español Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). Esta escala es un cuestionario de 5 elementos diseñado para medir la satisfacción con la vida. Los participantes indican hasta qué punto están de acuerdo o en desacuerdo con cada elemento, utilizando una escala de 7 puntos que va de 7 (muy de acuerdo) a 1 (muy en

desacuerdo). Las puntuaciones más altas en este cuestionario muestran una mayor satisfacción con la vida. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala es de .83.

3.4. Procedimiento

Los estudiantes fueron reclutados para participar en esta intervención a través de una reunión con la junta directiva de los institutos con el objetivo de promover la salud en el entorno académico. Este estudio fue llevado a cabo en tres institutos de Marbella (Málaga), en la misma aula de participación diaria, en una hora disponible en su agenda académica. Cada instituto tuvo su intervención con un total de 3 sesiones en grupo con un número entre 14 y 17 estudiantes en cada centro. En total participaron 94 estudiantes, 50 participantes en el grupo experimental (28 chicas y 22 chicos) y 44 en el grupo de control (20 chicas y 24 chicos). La media de los participantes en cada instituto fue la misma (31.3) entre el grupo de control y el experimental.

Este estudio fue aprobado por el comité ético de la Universidad de Málaga con el nº de registro CEUMA: 47-2018-H. Las medidas de evaluación y el consentimiento informado fueron cumplimentados por todos los participantes (n=94).

Todos los participantes en el grupo FACT asistieron al menos a dos sesiones de las tres grupales para poder ser incluidos en la investigación. Las dos primeras fueron en semanas consecutivas y la sesión final tuvo lugar después de un intervalo una semana. Este período de latencia se utilizó para practicar las habilidades aprendidas en las dos primeras sesiones. Cada sesión grupal duraba 60 minutos en el aula habitual de los estudiantes. La intervención se extendió a lo largo de cinco semanas, y las medidas posteriores a la prueba se completaron justo después de la última sesión.

El protocolo FACT se aplicó utilizando una adaptación del formato "2 + 1" (Barkham y Shapiro, 1990). La intervención grupal se basó en estrategias desarrolladas en ACT por Wilson y Luciano (2002); una breve versión de ACT originalmente diseñada en el campo de la atención primaria (Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012); Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Tsai et al., 2009); y estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso diseñadas para las intervenciones en el lugar de trabajo (Flaxman, Bond y Livheim, 2013). Asimismo, se incluyeron los hallazgos de las intervenciones anteriores de esta serie experimental, y el protocolo final que sirvió

como extensión a este nuevo ámbito académico ya validado (Macías, Valero, Bond, Blanca, 2019).

La filosofía de la intervención consistió en tratar cada sesión como si fuese la última, induciendo cambios radicales y promoviendo la generalización funcional (Tabla 8.1). Los procesos centrales fueron: resultados de evitación (desesperanza creativa), aceptación de experiencias privadas, promover la atención plena, conciencia y el compromiso con una vida significativa conectada con la presencia de eventos privados molestos. En la sesión inicial se presentaron los beneficios del programa y lo que promueve la cultura. Se trabajó con la agenda del control como problema y la evitación experiencial; se diseñó un análisis funcional grupal en el aula con los alumnos (Tabla 8.2) que incorporó los eventos privados más comunes y las formas de relacionarse con dichos eventos; la clarificación de los valores y el compromiso; la desesperanza creativa y, finalmente; el yo como contexto (actuando con barreras). La segunda sesión se centró en un breve resumen de la sesión anterior, que incluyó ejercicios de defusión, promover la atención y la conciencia; la disposición para hacer frente a los eventos privados desagradables (pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones); y toma de perspectiva a través de la participación en marcos de jerárquico con la perspectiva deíctica-Yo. FAP se integró en todos los ejercicios, promoviendo una relación terapéutica intensa y genuina con todos los alumnos, realizando auto-revelaciones personales, con el propósito de ser un modelo y poder moldear conductas clínicamente relevantes. Se provocaron *in situ* CCR1, se reforzaron CCR2, y se promovieron la generalización funcional y CCR3. La sesión final tuvo como objetivo promover el compromiso con una vida basada en valores (estudiar una carrera, tener relaciones sociales más satisfactorias, mejorar la relación con la pareja, familia, etc.). Se trabajó la prevención de recaídas y la aceptación del malestar. Todas las sesiones grupales incluyeron tareas para practicar en casa, relacionadas con el contenido de cada sesión, junto con ejercicios y metáforas, con el propósito de producir generalización funcional en la vida diaria de los estudiantes.

Por su parte, y al mismo tiempo, los participantes del grupo control tenían una hora libre donde resolvían dudas sobre exámenes, y realizaron las evaluaciones en el mismo intervalo de tiempo que el grupo experimental.

Tabla 8.1. Resumen de actividades del protocolo FACT

1. Beneficios del programa para promover la adherencia al entrenamiento y motivar a los alumnos (operaciones de establecimiento).
Construyendo empatía, conciencia, coraje y amor (modelo de FAP).
Autorrevelaciones personales (modelado) y moldeamiento hacia objetivos.
2. Énfasis en la relación terapéutica, validación emocional, reforzamiento positivo y favorecer un clima confidencial y sin juicios.
3. Lenguaje como la causa del sufrimiento: eventos privados *versus* valores
4. Análisis funcional grupal
5. Provocar CCR1 y reforzar diferencialmente comportamientos más adaptativos CCR2.
6. Desesperanza creativa. Metáfora: “Arenas movedizas”, “Pasajeros del autobús”. Video: “Fallin' Floyd”. Procesos (valores, lucha y control como problema, evitación, aceptación, atención plena, compromiso).
7. Control como problema. Ejercicios: “Elefante rosa”, “Arenas movedizas”. “Olvida los números: 1,2, 3”. Video: “*The fly meditation*”.
8. Yo como contexto. Metáfora: “Tablero de ajedrez”, “La radio”, “Role play: simular la mente de mi compañero”, “Post-it y caminar hacia valores” “El whatsapp es mi mente y yo decido a quien contestar” “Zigzag de la mente”
9. Clarificación de valores. Acciones, objetivos y valores. Metáforas: “Cumpleaños”, “Brújula”, “Viaje” y “Jardín”. Video: “Jack Sparrow”. Compromiso con el jardín (estudiar, familia, amigos, etc).
10. Breve recapitulación de la sesión anterior. Ejercicio de atención plena: caramelo. Comenzar a reconocer el piloto automático. (Homer Simpsons en el trabajo). Equivalencia funcional entre el ejercicio físico y el ejercicio de la atención. Estar consciente *versus* piloto automático. Ejercicio de la respiración. Famosos que practican atención plena (modelado).
11. Defusión: Me doy cuenta de que estoy teniendo el pensamiento. Ponerle nombre a la mente. “Repetición y ejercicio: “Limón”.
12. Toma de perspectiva (Marcos de jerárquicos con la perspectiva deíctica-Yo). Ejercicio de Aceptación: “Fisicalización”. Atención plena en el cuerpo.
13. Prevención de recaídas. Metáfora: “El ciclista y conductor de autobús”; “Bambú Japonés”.
14. Tareas para casa buscando la generación funcional (CCR3). Actuar con barreras (pensamientos, emociones) hacia los valores personales. Recuerda quien conduce el autobús. Ejercicio diario de atención plena a la respiración, al cuerpo y estar consciente.

Tabla 8.2. Análisis funcional grupal sobre los problemas de los estudiantes.

<i>Eventos Privados</i>	<i>¿Qué hago? / Cavar</i>	<i>Consecuencias</i>
Miedo “Voy a fracasar” Vergüenza “No puedo” “Voy a suspender” “No soy lo suficientemente bueno” “Los demás son mejores que yo” Estrés Nerviosismo Ansiedad Pereza Apatía	Dormir Beber Pastillas Quedarme en casa No salir Estar con el móvil Aislarme Jugar a la consola No estudiar Posponer tareas Ocultar la verdad No hablar con nadie Intentar distraerme Ver Netflix	<i>Corto plazo:</i> Rf+ Sensación de Control Rf+ Seguimiento de reglas verbales (“tengo que quitarme esto que me molesta”) R- Evitación del malestar <i>Largo plazo:</i> No resuelvo nada. Cada vez peor.

3.5. Análisis de datos

Se ha realizado un análisis de la covarianza (ANCOVA) sobre los datos con las variables dependientes: bienestar psicológico (GHQ-12), satisfacción con la vida (SWLS), flexibilidad psicológica (AAQ-II) y atención plena (FFMQ). El objetivo era comprobar las hipótesis de que FACT produce cambios en el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida de los estudiantes, y atención plena en breves periodos de tiempo. Además de extender los hallazgos ya encontrados en los estudios anteriores con este protocolo FACT en el contexto laboral. Se realiza un análisis de covarianza para cada variable registrada, siendo los factores el grupo (control y experimental) y el sexo. Como covariable, se considera la medición pretest de cada variable dependiente.

Finalmente, las diferencias entre grupos después de la intervención se estimaron a partir de las diferencias con las puntuaciones pretest eliminadas. Un valor de $p < .05$ fue considerado como significativo estadísticamente. El análisis de datos fue realizado usando SPSS 20.0 para Windows.

4. Resultados

El efecto de la intervención FACT en el posttest, después del ajuste para la covariable en el pretest, fue estadísticamente significativa para GHQ-12, SWLS y en el FFMQ (escala de observar). En el cuestionario GHQ-12, el grupo y la interacción han resultado estadísticamente significativas. El grupo experimental presenta una media menor en el posttest que el grupo de control, tanto en hombres como en mujeres. La diferencia entre las mujeres es de 10.22 puntos mientras que en los hombres es de 5.2. Por tanto, las mujeres presentan una mejoría en el bienestar psicológico, indicando un mayor beneficio que los hombres en la intervención. En la variable SWLS, los resultados son significativos tanto en el grupo como en la interacción. El grupo experimental presenta mayor media en el posttest que el grupo control, tanto en hombres como en mujeres. La diferencia entre las mujeres es de 5.88 puntos mientras que en los hombres es de 1.76. Por tanto, la satisfacción vital en las mujeres incrementa en mayor medida. Tanto en el GHQ-12 como en el SWLS (Tabla 8.3) la puntuación de las mujeres era superior en el pretest que los hombres (Tabla 8.4; Figuras 8.1 y 8.2), quizás debido a que la prevalencia de malestar es ligeramente superior en mujeres que en hombres, por ello se controló la variable sexo en la asignación aleatoria.

En la subescala “observar” del FFMQ la diferencia es significativa en el grupo experimental. El grupo experimental presenta mayor media ($M = 27.28$, $ET = 0.73$) que el grupo control ($M = 23.85$, $ET = 0.70$), por lo que se obtienen resultados estadísticamente significativos. El grupo FACT, además, obtuvo una puntuación en el posttest por debajo del punto de corte en el GHQ-12 (Figura 8.2). Después de la intervención FACT, las puntuaciones de los estudiantes en el grupo experimental mejoraron su bienestar psicológico con un tamaño del efecto medio ($\eta^2 = .32$) y satisfacción con la vida, con un tamaño del efecto pequeño ($\eta^2 = .15$). Además, en la subescala de observación los cambios fueron significativos con un tamaño del efecto pequeño ($\eta^2 = .12$). El grupo de control no mejoró en ninguna variable dependiente.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las demás subescalas del FFMQ (describir, actuar conscientemente, no juzgar y no reaccionar) y tampoco en el AAQ-II.

Tabla 8.3. Media en el postest ajustada al pretest, error estándar (entre paréntesis) en función del grupo y sexo.

Variables	Grupo Control		Grupo FACT	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
GHQ-12	18.37 (1.28)	13.99 (1.19)	8.16 (1.06)	8.78 (1.19)
AAQ-2	23.84 (1.76)	20.96 (1.63)	19.84 (1.48)	20.55 (1.66)
SWLS	20.77 (1.05)	22.79 (0.96)	26.65 (0.89)	24.55 (1.01)
FFMQ				
<i>Observar</i>	23.79 (1.10)	23.89 (1.01)	28.01 (0.91)	26.74 (1.03)
<i>Describir</i>	24.04 (1.06)	24.85 (0.97)	26.17 (0.89)	25.94 (1.01)
<i>Actuar Conscientemente</i>	23.41 (0.93)	23.66 (0.85)	25.92 (0.79)	23.63 (0.89)
<i>No reaccionar</i>	19.70 (1.07)	21.10 (0.99)	21.22 (0.90)	21.11 (1.01)
<i>No juzgar</i>	24.86 (1.29)	25.85 (1.18)	27.11 (1.08)	25.86 (1.22)

Nota: Salud General (GHQ-12), Satisfacción con la Vida (SWLS), Flexibilidad Psicológica (AAQ-II) y la Atención Plena (FFMQ).

Tabla 8.4. Resultados del análisis de covarianza, con las medidas pretest como covariables y grupo y sexo como factores: estadístico F, probabilidad asociada y tamaño del efecto (eta-cuadrado).

Variable	Grupo			Sexo			Grupo x Sexo		
	F	p	η^2	F	p	η^2	F	p	η^2
GHQ-12	44.53	<.01	.33	2.24	.14	0.03	4.57	.04	0.05
AAQ-2	1.83	.17	.02	0.42	.51	0.05	1.20	.27	0.01
SWLS	15.12	<.01	.15	0.02	.97	0.01	4.32	.04	0.05
FFMQ									
<i>Observar</i>	12.24	<.01	.12	0.31	.58	0.03	0.45	.50	0.01
<i>Describir</i>	2.70	.10	.03	0.08	.77	0.01	0.27	.60	0.03
<i>Actuar Conscientemente</i>	2.03	.16	.02	1.36	.25	0.01	2.10	.15	0.02
<i>No reaccionar</i>	0.61	.43	.01	0.41	.52	0.01	0.58	.45	0.06
<i>No juzgar</i>	0.90	.34	.01	0.12	.91	0.01	0.88	.35	0.01

Nota: Salud General (GHQ-12), Satisfacción con la Vida (SWLS), Flexibilidad Psicológica (AAQ-II) y la Atención Plena (FFMQ).

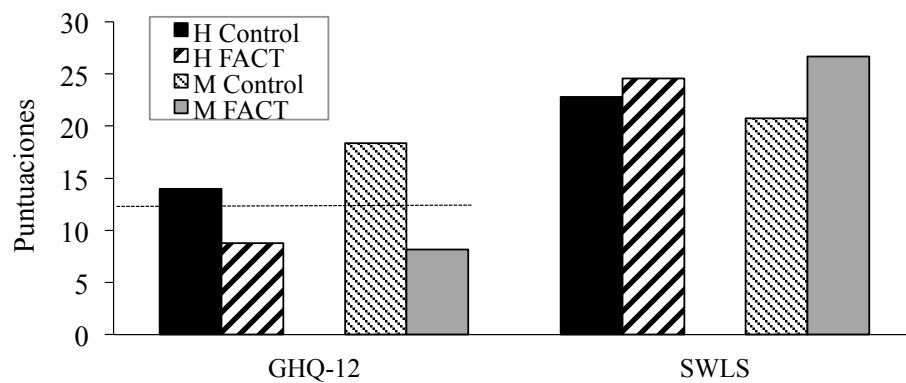


Figura 8.1. Promedio en las variables GHQ-12 y SWLS (hombres; H y mujeres; M), entre el grupo FACT y el grupo de Control.

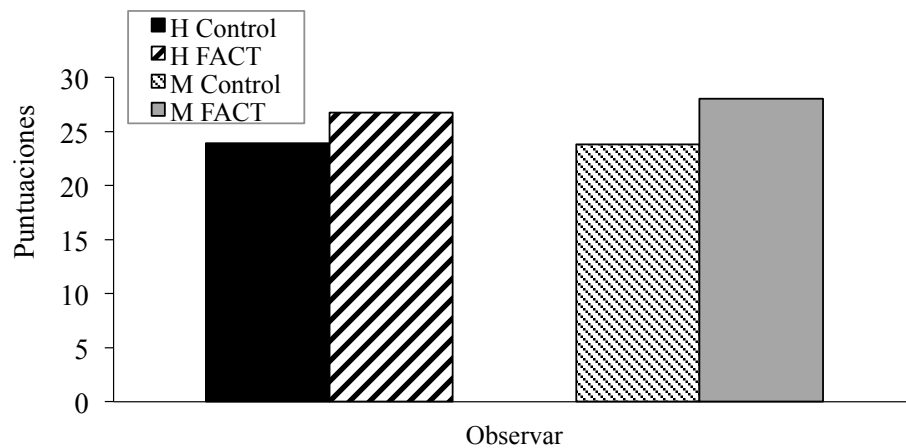


Figura 8.2. Promedio en la variable de observar del FFMQ (hombres; H y mujeres; M), entre el grupo FACT y el grupo de Control.

5. Discusión

El objetivo inicial de este estudio era probar la eficacia de FACT con estudiantes de educación secundaria con las hipótesis iniciales de mejorar el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y la atención plena. Se trataba de examinar esa eficacia y la extensión de FACT a otros contextos, en este caso de estudiantes adolescentes, y con problemas psicológicos diferentes a los adultos trabajadores.

Los hallazgos indican que el grupo FACT mostró mejorías estadísticamente significativas en la medida de bienestar psicológico, disminuyendo las puntuaciones. Esta reducción llevó a promedio igual a 8.47 en el posttest, que se encuentra por debajo del punto de corte (Figura 8.1) que era el límite para presentar riesgo de problemas psicológicos (Hardy et al., 2003). En contraste, la media del grupo de control fue igual a 15.75, lo que corresponde con puntuaciones por encima del punto de corte y con riesgo de presentar problemas psicológicos. Los resultados apuntan a que el programa con FACT es especialmente útil en reducir los problemas relacionados con el malestar psicológico. Con respecto a la satisfacción con la vida, el grupo FACT mostró cambios estadísticamente significativos también. Junto a esto, se encontraron cambios en la subescala de observar del FFMQ, esta escala incluye darse cuenta y asistir a

experiencias tanto internas como externas: sonidos, olores, sensaciones, pensamientos. La escala de observación se considera clave en la atención plena y Baer et. (2008) apoyan la idea de que la observación de estos estímulos internos se asocia con un menor nivel de malestar psicológico. Quizás las mejorías en esta escala sean debidas a que el programa fue especialmente útil en mejorar la relación con sus experiencias internas. Sin embargo, harían falta más muestras y otro tipo de instrumentos para apoyar esta hipótesis y determinar con exactitud el efecto en esta variable.

Por otro lado, al contrario de la hipótesis inicial, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las demás subescalas de atención plena, ni en el cuestionario AAQ-II. Quizás se necesiten más sesiones para evidenciar los hallazgos en estas escalas y tampoco es necesario que ocurran cambios en la flexibilidad psicológica para que los participantes se beneficien de la intervención (Niles et al., 2014). También se ha mostrado que la flexibilidad psicológica puede no ser el mecanismo de cambio de las intervenciones con ACT, ya que su validez discriminante es muy pobre y correlaciona más con el DASS-21 (Tyndall et al., 2018).

Los resultados son congruentes con la literatura donde dos o más sesiones son suficientes para producir cambios radicales con protocolos breves en el bienestar psicológico de las personas (Brian et al., 2010). Y también congruente con el metaanálisis sobre la utilidad de ACT en adolescentes (Swain, Hancock, Dixon y Bowman, 2015).

Las intervenciones basadas en el contextualismo funcional y todas las que comparten unos mismos propósitos, como es reducir las funciones aversivas del lenguaje y poder construir un repertorio más flexible, suponen una ventaja para actuar de forma rápida sobre los valores personales de los estudiantes y conectar el sufrimiento de estudiar con la vida que quieren, lo que otorga sentido a pasarlo mal a corto plazo. Asimismo, los eventos privados vistos como un desafío tienden a generar respuestas positivas (por ejemplo, estudiar más intensamente), mientras que aquellos considerados como una amenaza tienden a generar respuestas negativas (evitación o abandono, por ejemplo) (Shields, 2001). El objetivo de la investigación también ha sido generar un contexto donde se vean las circunstancias adversas como un entrenamiento y un desafío positivo para los estudiantes. Siempre suponen una adecuación de los hallazgos encontrados con otro tipo de experimentaciones y poblaciones, adaptándolos a otro tipo de participantes y contextos (Macias, Valero, Bond y Blanca, 2019).

No obstante, a pesar de los resultados positivos, este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la idea principal era aplicar el mismo tratamiento a todos los estudiantes, aumentando el número de participantes y obtener una mayor generalización. Para ello se contaba con un grupo en lista de espera, que después recibiera la intervención con FACT. No obstante, no fue posible debido a problemas de agenda del instituto y la llegada de los exámenes finales. Por lo que, se tienen en cuenta las consideraciones éticas de no haber podido ayudar al grupo control, que finalmente no recibió ninguna intervención. En segundo lugar, tampoco fue posible el seguimiento a largo plazo de estos resultados, debido a que los alumnos de bachillerato dejaron de asistir a clase para prepararse la selectividad, por lo que no se pudo volver a reclutar a los alumnos, y no pueden obtenerse conclusiones sobre los resultados de este protocolo FACT a largo plazo.

Otra limitación que presenta el estudio es que la puesta en marcha de protocolos grupales conlleva la limitación del análisis funcional individual, por lo que el comportamiento de interés para los formadores permanece inaccesible, está fuera de los límites del terapeuta para poder intervenir. El análisis funcional grupal, pretende ser una herramienta orientativa para normalizar los eventos privados y cómo el ser humano se relaciona con ellos. Los ejemplos y metáforas eran explicadas al grupo, junto con algunos de los ejercicios y tareas para que lo hiciesen en casa, por lo que no es posible conocer el grado de aceptación o influencia en cada participante en particular. A pesar de las diferencias individuales dentro del grupo, los ejemplos se tomaron *in situ* en el aula, con ejemplos de experiencias y comentarios de los propios alumnos. Esto permitió derivar funciones, incluir autorrevelaciones y acercar a todos los estudiantes la evitación experiencial como problemática psicológica.

Finalmente, no se han obtenido resultados estadísticamente significativos en flexibilidad psicológica, lo que haría dudar hasta qué punto con pocas sesiones se puede intervenir en esta variable más global. En la intervención original en el entorno laboral (Macías et al., 2019), se obtuvieron resultados positivos en flexibilidad, pero esta intervención quizás debido a su carácter grupal no haya sido posible producir esas mejorías en esta variable. No obstante, los objetivos principales de FACT no son producir cambios en la flexibilidad psicológica ya que no se ejecutan los seis procesos clave del hexaflex de ACT. Quizás, haya podido intervenir más en este caso otros mecanismos de cambio más complejos, basados en otros procesos de interacción desde FAP. Nuestras hipótesis son que los valores, la generalización funcional, la relación

terapéutica, la cercanía o la intimidad, como proponen Kuczynski et al. (2019) con los estudiantes, son procesos más importantes que la flexibilidad psicológica para producir cambios en las demás variables dependientes. Por otro lado, existen otras investigaciones que apuntan a que no es necesario producir cambios en la flexibilidad psicológica para que las personas se beneficien de la intervención (Glover et al., 2016). También otras investigaciones cuya filosofía no sigue las terapias de tercera generación, han mostrado cambios en la flexibilidad psicológica sin partir originalmente desde esta hipótesis interviniente. Estos argumentos quizás preparan el camino para hipotetizar otras variables más relacionales como mecanismo de cambio en las intervenciones, quizás otros procesos basados en la RFT (Törneke et al., 2015), o quizás también procesos de interacción verbal y moldeamiento que el propio terapeuta introduce dentro de las sesiones.

Este protocolo breve de tres sesiones con FACT supone un punto de partida con resultados prometedores para extender intervenciones para producir cambios en breves periodos de tiempo. La finalidad sería poder aplicar esta filosofía de ciencia en los sistemas de educación, a través de proyectos longitudinales como los de Dixon (2013) con el propósito de poder contribuir a optimizar el aprendizaje y enseñanza. Quizás nos encontremos en el punto de partida para crear generaciones de estudiantes con repertorios más flexibles, y preparados para resolver problemas futuros.

Dados estos resultados, no se confirman totalmente las hipótesis iniciales 7, 8 y 9 sobre la eficacia y efectividad del protocolo FACT, puesto que solo se comprueba en algunas de las variables. Parece que los efectos beneficiosos se extienden también a los estudiantes más jóvenes, pero especialmente en las variables como bienestar psicológico y satisfacción con la vida. Los resultados son comparables con los obtenidos por los trabajadores de los anteriores estudios, aunque no se confirman en variables como flexibilidad psicológica o atención plena, como se pretendía. Quizás estas variables necesiten más cambios a largo plazo, o necesiten de otro tipo mecanismos de cambio para que se vean afectados también los adolescentes.

Siguiendo esta secuencia de investigación, pues, nos propusimos replicar este mismo estudio, pero añadiendo un grupo en lista de espera que después pasase también por el protocolo FACT para beneficiarse del programa, además de actuar como tal grupo control. De esta forma, se ampliaba la muestra y generalizabilidad del protocolo

FACT. Sin embargo, dados estos resultados dispares donde algunas características psicológicas cambian y otras no, especialmente las que el modelo de ACT defiende como cambios necesarios, nos propusimos estudiar el posible efecto de cada elemento del programa. Es decir, estudiar los efectos de los componentes de ACT y cómo aumentarían o mejorarían al introducir también los elementos de FAP en este programa integral. De esta forma, se programó un quinto estudio también con estudiantes para permitiese ver con más claridad los efectos, la eficacia y efectividad de FACT frente a al grupo solo con ACT en ese contexto académico, al tiempo que se replicaba en grupos más grandes los efectos beneficiosos del protocolo FACT.

Capítulo 9

QUINTO ESTUDIO

Diferencias entre FACT y ACT aplicados en estudiantes de bachillerato

1. Resumen

La evidencia ha mostrado que las terapias contextuales, tanto ACT como FAP pueden ser eficaces en diferentes contextos. Nuestra investigación anterior ha mostrado que un protocolo combinado con FACT puede tener también éxito en un contexto laboral y académico. Sin embargo, no se han hecho estudios para considerar la importancia de cada modelo, o qué añade uno al otro en su eficacia. Este estudio pretende comparar en grupos numerosos de estudiantes de primero y segundo de bachillerato (n=112), la eficacia de aplicar solo ACT frente al combinado con FACT, y frente a grupo control en lista de espera.

Todos los grupos fueron evaluados antes y después de la intervención, mediante diversos cuestionarios sobre bienestar psicológico (GHQ-12), satisfacción con la vida (SWLS), flexibilidad psicológica (AAQ-II), atención plena (MAAS) y autoconcepto (AF5). La intervención, puesto que se trata de un protocolo breve, fue de tres sesiones cada una. Los resultados mostraron mejorías significativas en ambas intervenciones, frente al grupo en lista de espera, pero el grupo que recibió FACT obtuvo además mejoras en el manejo emocional y autoconcepto. Como conclusión, se consideran las aplicaciones tanto de ACT como de FACT en formato breve, siendo modelos eficaces para mejorar la salud en estudiantes. Asimismo, se discute la importancia de aplicar FACT con grupos muy numerosos para producir cambios en el manejo emocional y autoconcepto, y la también posibilidad de obtener cambios más profundos en los estudiantes.

2. Introducción

Los estudiantes experimentan niveles altos de malestar psicológico y la búsqueda de ayuda es baja, pues tan solo el 11.7–18.45% de los estudiantes con dificultades buscan ayuda (Blanco et al., 2008). Los altos niveles de malestar psicológico interfieren con muchos aspectos de la vida de los estudiantes, como el rendimiento académico, las actividades diarias, la salud física, emocional y la calidad de vida (Andrews y Wilding, 2004). La etapa de la adolescencia puede ser convulsa, pero también tiene la capacidad de iniciar estrategias que favorezcan el desarrollo y cambien el curso de su vida adulta. Intervenir en edades tempranas es uno de los mayores indicadores para el éxito posterior y para prevenir futuras problemáticas antes de la universidad, donde comienzan la mayoría de las dificultades de la vida adulta (Megivern, Pellerito y Mowbray, 2003).

Hace ya dos décadas que se iniciaron las intervenciones basadas en el contextualismo funcional como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 2000, 2012) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991) que se están aplicando con éxito. Estas intervenciones utilizan un marco de conducta analítica y contextual para abordar problemas clínicos complejos, incluida la relación terapéutica y la aceptación emocional. Ambas aproximaciones, utilizan los principios del comportamiento, como el refuerzo negativo y positivo, el moldeamiento, la extinción, el escape y la evitación, aplicándolos a los eventos privados e interacciones interpersonales. Desde un nivel filosófico, las raíces teóricas de ambos enfoques no difieren en cuanto a ser analíticos y estar basados en la terapia conductual. Aunque ambas terapias tuvieron su desarrollo de manera paralela pero independiente, comparten su filosofía de ciencia. Desde sus inicios, ambas han ido creciendo y se han aportado evidencias la una a la otra. Aunque ACT se basa más en los procesos verbales mediante la conducta verbal desarrollada por la RFT, es FAP la que se basa en las contingencias, lo que ocurre en sesión, con el objetivo de producir cambios *in situ*. Asimismo, genera las contingencias adecuadas, empleando el moldeamiento, la relación terapéutica y la generalización funcional para cambiar la conducta del individuo dentro y fuera de la sesión. FAP puede ser definida como una terapia más profunda, que busca producir cambios radicales en las personas, sobre todo para problemáticas complejas e interpersonales.

Hay literatura existente que apunta a que ACT es más fácilmente aplicable ya que sus procesos son menos invasivos y más atractivos. Quizás aprender un repertorio básico de aceptación antes de abordar problemas complejos sea más útil para luego generar un contexto de relación terapéutica (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford, 2004). ACT ha sido aplicado con éxito en el entorno educativo (Danitz, Suvak, Orsillo, 2016; Eifert, McKay y Forsyth, 2006; Gillard, Flaxman y Hooper, 2018; Lillis y Hayes, 2007; Luciano et al., 201). La combinación de ACT y FAP también ha mostrado su eficacia en el entorno académico para mejorar la salud en estudiantes y los logros escolares (Cattivelli, Musetti y Perini, 2014; Blarrina y Luciano, 2012; Tirado et al., 2005).

Tras los resultados positivos obtenidos en la anterior intervención mediante el protocolo FACT en un contexto académico, aplicando esta intervención en grupo en un formato breve, se diseñó un nuevo estudio para replicar estos mismos resultados en grupos más amplios de estudiantes. Pero, especialmente, se pretendía comparar la posible eficacia diferencial del protocolo breve FACT ya elaborado, frente al protocolo solo con ACT, para intentar dilucidar qué añadiría la combinación de ambas terapias FAP+ACT frente a un formato breve con ACT solamente. Aunque en el diseño experimental no han podido compararse la eficacia entre ellas aleatorizadamente, debido a que los estudiantes pertenecían a cursos diferentes, este estudio supone el punto de partida para recoger información sobre los procesos que pueden ser más importantes en mejorar la salud de estudiantes.

El propósito, era dilucidar qué añade cada modelo al cambio que se obtiene, y si la terapia combinada es mejor que una individual. Ya se ha demostrado en la literatura que ACT y FAP pueden actuar de manera sinérgica, sobre todo en los inicios se han aplicado de manera conjunta por compartir las raíces contextuales y su fácil combinación (Callaghan et al., 2004; Kohlenberg y Callaghan, 2010; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg et al., 2005). Esta investigación propone ser un punto de partida para enseñar ambos modelos de manera conjunta, aunando ambas aproximaciones, desembocando en el híbrido FACT, donde convergen los procesos de las terapias contextuales más importantes para mejorar la salud de las personas.

3. Método

3.1. Participantes

Este estudio se ha realizado con grupos de estudiantes de primero y segundo de bachillerato (entre 16 y 19 años; edad media = 17.18). Han sido un total de 112 alumnos/as que completaron todos los cuestionarios de evaluación. De ellos 47 chicos y 65 chicas. Posteriormente se asignaron en dos grupos por su pertenencia ya establecida a los cursos de primero de bachillerato ($n = 71$) y a segundo ($n = 41$). El grupo de primero tenía una edad media de 16.67, y el segundo una edad media de 17.70. De ellos, en primero había 38 chicas y 33 chicos, mientras que en segundo curso había 27 chicas y 14 chicos. Todos los estudiantes pertenecían al mismo instituto, pero por circunstancias prácticas de las sesiones en grupo cada curso académico se realizó con cada grupo diferente. Los criterios de inclusión en el estudio eran que los participantes realizasen al menos dos de las tres sesiones.

3.2. Diseño

Se ha utilizado un diseño entre-grupos con medidas repetidas y grupo control en lista de espera. Los participantes fueron asignados por el curso académico en el que estaban, por lo que esta vez no pudo realizarse una asignación aleatoria. El grupo de estudiantes de primero de bachillerato tuvo una primera fase como grupo control en lista de espera, después de la evaluación y tras un mes de tiempo, fueron evaluados de nuevo. A partir de ahí ya comenzaron la intervención con el protocolo FACT. Por su parte, el grupo de estudiantes de segundo de bachillerato pasaron a realizar directamente la intervención breve con ACT, y fueron evaluados de nuevo al terminar. Ambos grupos tuvieron tres sesiones con uno u otro protocolo. El esquema de la Figura 9.1 presenta el diseño y número de participantes de cada grupo.

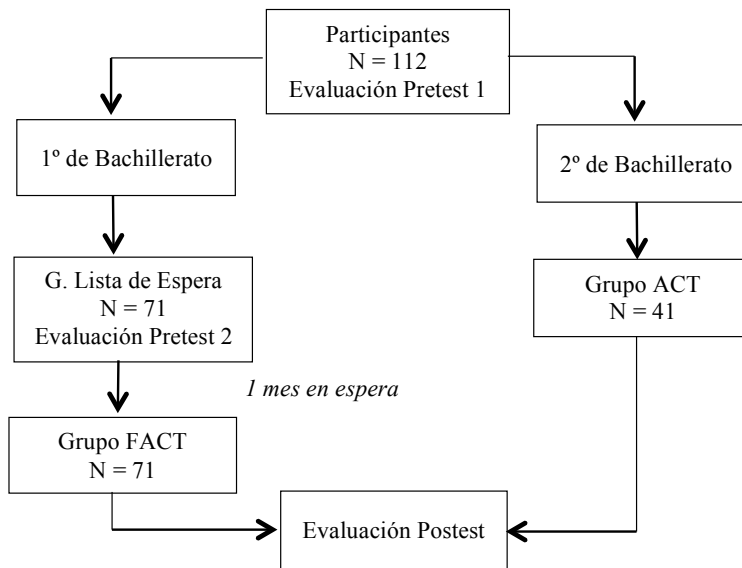


Figura 9.1. Diagrama explicativo de la asignación al grupo ACT y FACT

3.3. Instrumentos

Todos los alumnos completaron una batería de cuestionarios pretest, en las que se evaluaron variables como el bienestar psicológico (GHQ-12), satisfacción con la vida (SWLS), la flexibilidad psicológica (AAQ-II), la atención plena (MAAS, y el autoconcepto (AF5). De esta forma, los cuestionarios utilizados fueron los siguientes:

Cuestionario General de Salud-12 (GHQ-12; Goldberg, 1992). Versión en español de Sánchez-López y Dresch (2008). Esta escala es un cuestionario de autoinforme de 12 ítems que mide el bienestar psicológico. Los ítems se califican usando una escala de cuatro puntos desde "mejor que lo usual" hasta "mucho menos que lo usual". Se utilizó el método de puntuación Likert (0, 1, 2, 3). Las puntuaciones por encima de 12 en los ítems, indican mayores niveles de malestar psicológico. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala fue de .76.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985). Versión en español de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). Esta escala es un cuestionario de 5 elementos diseñado para medir la satisfacción con la vida. Los participantes indican cuánto están de acuerdo o en desacuerdo con esos elementos

utilizando una escala de 7 puntos que va desde 7 (muy de acuerdo) a 1 (muy en desacuerdo). Las puntuaciones más altas en este cuestionario muestran una mayor satisfacción con la vida. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala es de .83.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011). Versión en español de Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas, y Beltrán (2013). Esta escala es un cuestionario de autoinforme tipo Likert de 7 elementos creado para medir la flexibilidad psicológica. Esta escala evalúa la evitación experiencial y la aceptación psicológica, que son aspectos clave en ACT. Cuenta con 7 ítems calificados de 1 (nunca) a 7 (siempre). Las puntuaciones más altas indican niveles más bajos de flexibilidad psicológica. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .88.

Escala de Conciencia, Atención y Mindfulness (MAAS; Mindful Attention Awareness Scale; Brown y Ryan, 2003). Versión en español Soler et al., (2012). Este cuestionario consta de 15 ítems que se puntúan según la escala Likert, con un rango entre 1 (casi siempre) y 6 (casi nunca). Mide el grado de atención plena en la vida diaria y puede aplicarse sin que los participantes hayan tenido experiencia previa con el entrenamiento en atención plena. La puntuación se obtiene a partir de la media aritmética del total de los ítems. Puntuaciones más elevadas indican mayor estado de atención plena. El coeficiente alfa de Cronbach para la escala es de .89.

Escala de Autoconcepto Forma 5 (AF5; García y Musitu, 1999). Este cuestionario consta de 30 ítems y evalúa 5 dimensiones de la autoestima (6 ítems de cada dimensión): académica, social, emocional, familiar y física. Todos los ítems tienen una escala de respuesta de 1-99. A mayor puntuación obtenida en cada dimensión, mayor autoconcepto en esa área. Investigaciones anteriores han encontrado alfas de Cronbach de .89 (académica), .73 (social), .73 (emocional), .80 (familiar) y .78 (física).

3.4. Procedimiento

Los estudiantes iniciaron su participación en este estudio a través de una reunión con la junta directiva del instituto, con el objetivo de promover la salud en el entorno académico. Este estudio fue llevado a cabo en un instituto de secundaria de Marbella (Málaga), en la misma aula de docencia diaria, durante una hora libre en sus agendas escolares. Cada grupo tuvo su propia intervención de 3 sesiones grupales, un grupo con ACT y otro grupo con FACT (ACT+FAP). Este estudio fue aprobado por el comité

ético de la Universidad de Málaga con el nº de registro CEUMA: 47-2018-H. Las medidas de evaluación y el consentimiento informado fueron cumplimentados inicialmente por todos los participantes.

Debido al éxito de FACT en el contexto laboral (Macías, Valero, Bond y Blanca, 2019) y posteriormente en estudiantes de segundo de bachillerato, como hemos mostrado en los anteriores estudios, el propósito de esta investigación era extender el conocimiento y alcance tanto de FACT como de ACT para determinar la eficacia de ambas intervenciones frente a un grupo control en lista de espera, y comparar sus posibles implicaciones a la hora de conocer su eficacia diferencial por separado o unidas. Por eso se separaron en dos clases en el centro de secundaria, para poder aplicar las terapias de forma separada en grupos. Los asistentes tenían que asistir al menos a 2 de las 3 sesiones para ser incluidos en el estudio. Las dos primeras sesiones fueron en semanas consecutivas y la sesión final tuvo lugar al cabo de dos semanas. Este período de tiempo se utilizó para practicar las habilidades aprendidas en las dos primeras sesiones. El grupo ACT recibió la intervención tras rellenar los cuestionarios y el grupo FACT permaneció un mes en lista de espera. Tras ese mes, volvieron a realizar otra medida de evaluación y empezaron con la intervención ambos grupos. Cada sesión grupal duró 60 minutos en el aula habitual de los estudiantes aunque el grupo FACT fue reunido en un aula especial para dar cabida a los 71 alumnos. La intervención se extendió a lo largo de cinco semanas, y las medidas posteriores a la prueba se completaron después de la última sesión.

En el grupo ACT no se utilizaron ninguno de los componentes de FAP, intentando ser lo más estrictos posibles con el protocolo ACT únicamente. En la Tabla 9.1 aparecen los distintos elementos que se utilizaron desde esta terapia, y que fueron utilizados también en el grupo FACT. La intervención grupal con ACT se basó en estrategias desarrolladas por Strosahl et al. (2012) y Wilson y Luciano (2002) pero sin incluir las estrategias de reglas, moldeamiento e interacción relacional que utiliza FAP.

Por su parte, el protocolo FACT se aplicó utilizando una adaptación del formato "2 + 1" (Barkham y Shapiro, 1990), como en las anteriores intervenciones de esta tesis. La intervención grupal con FACT se basó en estrategias desarrolladas en ACT por Wilson y Luciano (2002); una breve versión de ACT originalmente diseñada en el campo de la atención primaria (Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012); interacciones y reglas de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Tsai et al., 2009); y estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso diseñadas para las intervenciones en el lugar de

trabajo (Flaxman, Bond y Livheim, 2013). Asimismo, se utilizó el protocolo final que sirvió como extensión a ese ámbito académico del protocolo FACT ya validado (Macías, Valero, Bond, Blanca, 2019).

Tabla 9.1. Protocolo ACT

Descripción de actividades y procesos en el protocolo ACT
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios del programa para promover la adherencia al entrenamiento y motivar a los alumnos (operaciones de establecimiento). • Lenguaje como la causa del sufrimiento: eventos privados versus valores • Análisis funcional grupal • Desesperanza creativa. Metáfora: “Arenas movedizas”, “Pasajeros del autobús”. Video: “Fallin' Floyd”. Procesos (Valores, lucha y control como problema, evitación, aceptación, atención plena, compromiso).” • Control como problema. Ejercicios: “Elefante rosa”, “Arenas movedizas”. “Olvida los números: 1,2, 3”. Video: “<i>The fly meditation</i>”. • Yo como contexto. Metáfora: “Tablero de ajedrez”, “La radio”, “Role play: simular la mente de mi compañero”, “Post-it y caminar hacia valores” “WhatsApp es mi mente y yo decido a quien contestar” “Zigzag de la mente” • Clarificación de valores. Acciones, objetivos y valores. Metáforas: “Cumpleaños”, “Brújula”, “Viaje” y “Jardín”. Video: “Jack Sparrow”. Compromiso con el jardín (estudiar, familia, amigos, etc.). • Breve recapitulación de la sesión anterior. Ejercicio de atención plena: Caramelo. Comenzar a reconocer el piloto automático. (Homer Simpsons en el trabajo). Estar consciente versus piloto automático. Ejercicio de la respiración. • Defusión: Me doy cuenta de que estoy teniendo el pensamiento. Ponerle nombre a la mente. Repetición y ejercicio: “Limón”. • Toma de perspectiva (Marcos de jerárquicos con la perspectiva deíctica-Yo). Ejercicio de Aceptación: “Fisicalización”. Atención plena en el cuerpo. • Prevención de recaídas. Metáfora: “El ciclista y conductor de autobús”; “Bambú Japonés”. • Tareas para casa buscando actuar con barreras (pensamientos, emociones) hacia los valores personales. Recuerda quien conduce el autobús. Ejercicio diario de atención plena a la respiración, cuerpo y estar consciente.

En ambas intervenciones la filosofía consistió en tratar cada sesión como la última oportunidad de vernos, induciendo cambios radicales y promoviendo la

generalización funcional en el caso del grupo FACT (Tabla 9.2). Los procesos centrales que se utilizaron fueron los siguientes: resultados a través de su propia experiencia sobre la evitación (desesperanza creativa), aceptación de experiencias privadas, promover la atención plena, conciencia y el compromiso con una vida significativa conectada con la presencia de eventos privados molestos. En la sesión inicial se presentaron los beneficios del programa y los conceptos que promueve la cultura actual. Se describió el control como problema y la evitación experiencial, junto con un análisis funcional grupal (Tabla 9.3) con los eventos privados más comunes y las formas de relacionarse con dichos eventos, la clarificación de los valores y el compromiso, la desesperanza creativa y, finalmente, el Yo como contexto (actuando con barreras), todos ellos adaptados a los estudiantes en su contexto juvenil.

La segunda sesión se centró en un breve resumen de la sesión anterior, que incluyó ejercicios de defusión, promover la atención y la conciencia, la disposición para hacer frente a eventos privados desagradables (pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones) y toma de perspectiva a través de la participación del marco jerárquico con el déictico-Yo. Las estrategias de FAP se integraron en todos los ejercicios, salvo en el grupo que recibió la intervención con ACT. Siguiendo a FAP, se promovía una relación terapéutica intensa y genuina con todos los alumnos, realizando autorrevelaciones personales, con el propósito de ser un modelo para poder moldear conductas clínicamente relevantes. Se provocaron *in situ* CCR1, y se reforzaron CCR2, y se promovieron las CCR3 y la generalización funcional.

La sesión final tuvo como objetivo promover el compromiso con la vida basada en valores (estudiar una carrera, tener relaciones sociales más satisfactorias, mejorar la relación con la pareja, familia, etc.). Se trabajó la prevención de recaídas y la aceptación del malestar. Todas las sesiones grupales incluyeron tareas para practicar en casa, relacionadas con el contenido de cada sesión, junto con ejercicios y metáforas, con el propósito de producir generalización funcional en la vida diaria de los estudiantes.

Tabla 9.2. Protocolo FACT

Descripción de actividades y procesos en el protocolo FACT
1. Beneficios del programa para promover la adherencia al entrenamiento y motivar a los alumnos (operaciones de establecimiento). Construyendo empatía, conciencia, coraje y amor desde el modelo de FAP. Autorrevelaciones personales (modelado) y moldeamiento hacia objetivos.
2. Énfasis en la relación terapéutica, validación emocional, reforzamiento positivo y favorecer un clima confidencial y sin juicios.
3. Lenguaje como la causa del sufrimiento: eventos privados versus valores
4. Análisis funcional grupal
5. Provocar CCR1 y reforzar diferencialmente comportamientos más adaptativos CCR2.
6. Desesperanza creativa. Metáfora: “Arenas movedizas”, “Pasajeros del autobús”. Video: “Fallin' Floyd”. Procesos (valores, lucha y control como problema, evitación, aceptación, atención plena, compromiso).
7. Control como problema. Ejercicios: “Elefante rosa”, “Arenas movedizas”. “Olvida los números: 1,2, 3”. Video: “ <i>The fly meditation</i> ”.
8. Yo como contexto. Metáfora: “Tablero de ajedrez”, “La radio”, “Role play: simular la mente de mi compañero”, “Post-it y caminar hacia valores” “El whatsapp es mi mente y yo decido a quien contestar” “Zigzag de la mente”
9. Clarificación de valores. Acciones, objetivos y valores. Metáforas: “Cumpleaños”, “Brújula”, “Viaje” y “Jardín”. Video: “Jack Sparrow”. Compromiso con el jardín (estudiar, familia, amigos, etc.).
10. Breve recapitulación de la sesión anterior. Ejercicio de atención plena: Caramelo. Comenzar a reconocer el piloto automático. (Homer Simpsons en el trabajo). Equivalencia funcional entre el ejercicio físico y el ejercicio de la atención. Estar consciente versus piloto automático. Ejercicio de la respiración. Famosos que practican atención plena (modelado).
11. Defusión: Me doy cuenta de que estoy teniendo el pensamiento. Ponerle nombre a la mente. Repetición y ejercicio: “Limón”.
12. Toma de perspectiva (Marcos de jerárquicos con la perspectiva deíctica-Yo). Ejercicio de Aceptación: “Fisicalización”. Atención plena en el cuerpo.
13. Prevención de recaídas. Metáfora: “El ciclista y ejercicio del conductor de autobús”; “Bambú Japonés”.
14. Tareas para casa buscando la generación funcional (CCR3). Actuar con barreras (pensamientos, emociones) hacia los valores personales. Recuerda quien conduce el autobús. Ejercicio diario de atención plena a la respiración, al cuerpo y estar consciente. Fisicalización.

Tabla 9.3. Análisis funcional grupal

Eventos Privados	¿Qué hago? / Cavar	Consecuencias
Miedo "Voy a fracasar" Vergüenza "No puedo" "Voy a suspender" "No soy lo suficientemente bueno" "Los demás son mejores que yo" Estrés Nerviosismo Ansiedad Pereza Apatía	Dormir Beber Pastillas Quedarme en casa No salir Estar con el móvil Aislarme Jugar a la consola No estudiar Posponer tareas Ocultar la verdad No hablar con nadie Intentar distraerme Ver <u>Netflix</u>	<i>Corto plazo:</i> Rf+ Sensación de Control Rf+ Seguimiento de reglas verbales (tengo que quitarme esto que me molesta) Rf- Evitación del malestar <i>Largo plazo:</i> No resuelvo nada. Cada vez peor.

3.5. Análisis de los datos

Para analizar los efectos de la intervención con FACT y ACT se utilizó un ANOVA (2x2) con un diseño entre-grupos y medidas repetidas pre-post para determinar las diferencias de cada intervención en las variables estudiadas (GHQ-12, AAQ-2, SWLS, MAAS y AF5). El grupo FACT fue tomado como grupo control en lista de espera (pre2) para ese mismo grupo y se hizo una prueba *t de Student* y ver las diferencias pre1 y pre2. También se comparó el grupo ACT pre-post y el tamaño del efecto con la *d* de Cohen para observar la magnitud de los cambios de cada grupo.

4. Resultados

La media de los datos pre1, pre2 y post del grupo ACT y FACT en las variables estudiadas aparecen en la Tabla 9.4. Visualmente, se pueden observar mejor los cambios entre el pre y el post en ambas intervenciones en las Figuras 9.2 a 9.5.

Tabla 9.4. Datos de los tres grupos en sus medidas pre1, pre2 y post.

Variables	Lista Espera		Grupo FACT	Grupo ACT	
	Pre1	Pre2	Post	Pre1	Post
GHQ-12	13.98 (7.01)	12.23 (6.73)	8.70 (3.75)	15.31 (6.63)	7.05 (4.36)
AAQ-2	22.57 (9.66)	20.31 (8.87)	19.85 (6.90)	22.60 (9.14)	18.05 (7.44)
SWLS	21.22 (6.39)	21.89 (6.68)	23.65 (5.40)	24.31 (5.68)	28.18 (5.45)
MAAS	57.85 (25.08)	59.36 (23.80)	63.24 (15.98)	61.82 (19.89)	73.26 (7.11)
AF5					
<i>Académico</i>	5.33 (2.33)	5.61 (2.57)	6.58 (1.09)	6.19 (3.27)	7.27 (1.68)
<i>Social</i>	5.95 (2.40)	6.58 (1.91)	6.98 (1.69)	6.75 (2.08)	7.14 (1.79)
<i>Emocional</i>	5.98 (2.19)	5.97 (2.39)	6.95 (1.86)	5.43 (2.08)	6.01 (2.65)
<i>Familiar</i>	7.31 (2.48)	7.51 (3.19)	7.71 (2.20)	7.79 (1.85)	7.91 (2.14)
<i>Físico</i>	5.53 (2.82)	5.67 (2.91)	6.04 (2.34)	5.58 (3.03)	5.82 (2.49)

Nota: GHQ-12 (*Bienestar Psicológico*); SWLS (*Satisfacción con la Vida*); AAQ-II (*Cuestionario de Aceptación y Acción*); MAAS (*Escala Mindful Attention Awareness*); AF5 (*Autoconcepto forma 5: Académico, Social, Emocional, Familiar, Físico*).

Con respecto a la intervención con FACT, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prueba *t de Student* para muestras relacionadas en ninguna variable en la comparación entre el pre1 y el pre2 (lista de espera), por lo que los alumnos no mejoraron con el paso del tiempo y se mantuvieron igual en las variables dependientes, salvo una leve mejoría de dos puntos en el AAQ-2 (Tabla 9.5), lo cual arroja dudas sobre la fiabilidad test-retest de este instrumento.

Tras la intervención con FACT, los alumnos incrementaron las puntuaciones de manera estadísticamente significativa con respecto al grupo control en lista de espera, lo cual demuestra que FACT es más eficaz que el grupo que no recibe intervención (Tabla 9.6; Figuras 9.2 y 9.3) durante el mes en lista de espera en las variables: GHQ-12, SWLS, AF5 (académico, social y emocional).

Tabla 9.5. Resultados de la prueba *t-Student* comparando el Pre1 y Pre2 en el Grupo Lista de Espera (después FACT)

Variables	<i>M</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
GHQ-12	1.700	59	1.860	.069
AAQ-2	2.266	59	2.848	.006
SWLS	-.440	58	-.743	.460
MAAS	-1.101	68	-.485	.629
AF5				
<i>Académico</i>	-.186	68	-.707	.482
<i>Social</i>	-.586	66	-1.791	.078
<i>Emocional</i>	0.032	66	.508	.893
<i>Familiar</i>	-.119	66	-.323	.748
<i>Físico</i>	-.08	66	-.242	.809

Tabla 9.6. Resultados de la prueba *t-Student* comparando el Pre2 (lista de espera) y Post en el Grupo FACT.

Variables	<i>M</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
GHQ-12	3.762	57	4.803	.001
AAQ-2	.551	57	.660	.512
SWLS	-2.216	59	-3.605	.001
MAAS	-4.235	67	-1.71	.091
AF5				
<i>Académico</i>	-.977	68	-3.415	.001
<i>Social</i>	-.493	68	-2.316	.024
<i>Emocional</i>	-.966	66	-3.049	.003
<i>Familiar</i>	-.296	68	.370	.378
<i>Físico</i>	-.464	68	-1.491	.141

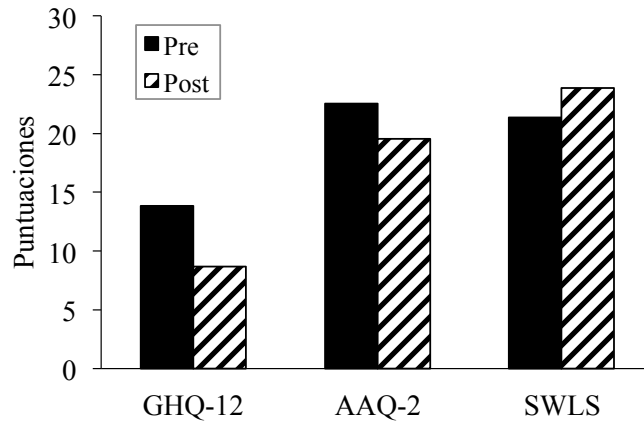


Figura 9.2. Media de las puntuaciones obtenidas entre el pretest y el postest en el grupo FACT en las variables GHQ-12 (Salud General); SWLS (Satisfacción con la Vida); AAQ-II (Cuestionario de Aceptación y Acción); MAAS (Escala Mindful Attention Awareness).

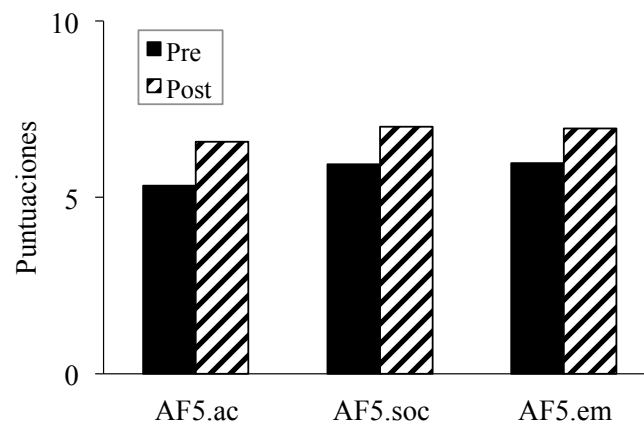


Figura 9.3. Media de las puntuaciones obtenidas entre el pretest y el postest en el grupo FACT en el AF5 (Autoconcepto: académico, social y emocional)

El grupo ACT también ha mostrado su eficacia con mejorías estadísticamente significativas, como pueden observarse en la Tabla 9.7; y Figuras 9.4 y 9.5 en las variables: GHQ-12, AAQ-II, SWLS y MAAS. Es decir, este grupo que recibió el tratamiento ACT también breve mostró también cambios significativos, y solo no aparecieron esos cambios en el cuestionario AF5 de autoestima académica, social, emocional, familiar y física.

Tabla 9.7. Resultados de la prueba *t-Student* comparando el Pre y Post en el Grupo ACT.

Variables	<i>M</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
GHQ-12	8.263	37	6.379	.001
AAQ-2	4.552	37	3.419	.002
SWLS	-3.868	37	-4.430	.001
MAAS	-11.439	40	-3.634	.001
AF5				
<i>Académico</i>	-1.071	40	-2.391	.062
<i>Social</i>	-3.837	40	-1.187	.242
<i>Emocional</i>	-.579	40	-1.281	.208
<i>Familiar</i>	-.115	40	-.304	.763
<i>Físico</i>	-.244	40	-.551	.585

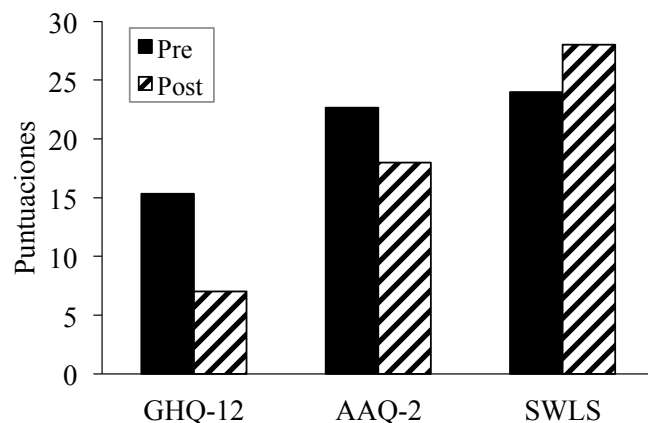


Figura 9.4. Media de las puntuaciones obtenidas entre el pretest y el postest en el grupo ACT en las variables GHQ-12 (Bienestar Psicológico); SWLS (Satisfacción con la Vida); AAQ-II (Cuestionario de Aceptación y Acción)

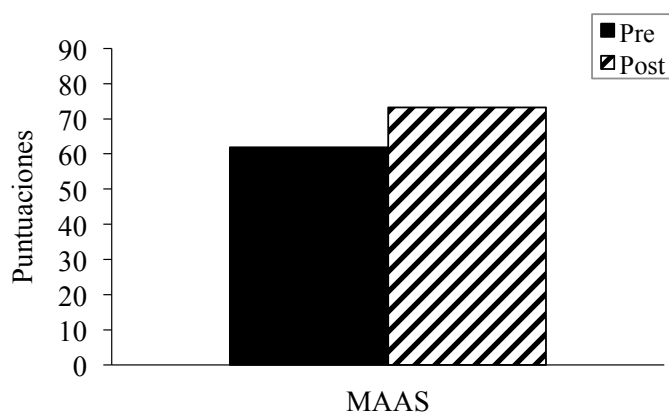


Figura 9.5. Media de las puntuaciones obtenidas entre el pretest y el postest en el grupo ACT en la variable MAAS (Escala Mindful Attention Awareness).

Por otro lado, uno de los objetivos principales de nuestra intervención era comparar la eficacia de ambas intervenciones entre sí con el objetivo de examinar que intervención obtuvo resultados superiores en las variables estudiadas. Los resultados del ANOVA entre el pretest o antes de iniciar la intervención en ambos grupos, tanto ACT como FACT arrojan los mismos resultados salvo en la variable SWLS. Los alumnos del

grupo ACT se sentían más satisfechos con sus vidas antes de empezar la intervención en comparación con el grupo FACT (ver Tabla 9.8; y Figuras 9.3 y 9.4).

Tabla 9.8. Resultados de la prueba ANOVA comparando el Pre1 en los grupos ACT y FACT

Variables	SC	gl	F	p
GHQ-12	5560.37	109	.636	.42
AAQ-2	9614.91	109	.003	.95
SWLS	4383.45	109	4.632	.03
MAAS	60101.99	111	.641	.42
AF5				
<i>Académico</i>	831.41	111	2.647	.10
<i>Social</i>	583.67	109	3.118	.08
<i>Emocional</i>	519.38	111	1.720	.19
<i>Familiar</i>	562.83	109	1.144	.28
<i>Físico</i>	912.63	109	.006	.93

Los resultados del ANOVA en la comparación de la intervención con ACT y FACT pre-post indican diferencias entre los dos grupos en el MAAS, SWLS a favor del grupo ACT y en las variables académico y emocional del AF5 superiores para el grupo FACT (Tabla 9.9). Es decir, en unas variables aparece como superior el tratamiento breve con ACT, y en otras aparece mejoría en el protocolo FACT.

Tabla 9.9. Resultados de la prueba ANOVA comparando ambos grupos pre-post FACT y ACT.

Variables	SC	F	p	η^2
GHQ-12	1.214	.035	.852	.001
AAQ-2	37.756	.332	.566	.003
SWLS	703.851	13.229	.001	.114
MAAS	2532.991	5.094	.026	.045
AF5				
<i>Académico</i>	31.171	5.091	.026	.044
<i>Social</i>	11.668	1.873	.174	.017
<i>Emocional</i>	28.915	4.865	.029	.042
<i>Familiar</i>	5.878	.794	.375	.007
<i>Físico</i>	1106.018	.037	.848	.037

Con respecto al tamaño del efecto, los resultados obtenidos muestran que el grupo FACT obtuvo un tamaño del efecto medio y el grupo ACT pequeño en las variables del AF5 (autoconcepto: académico, familiar y emocional) lo que quiere decir que no necesita una muestra mayor para incrementar su efecto. Aunque el grupo FACT contara con mayor muestra, este análisis indica que no es necesaria una muestra más grande para obtener mejores resultados en esta variable, situando al grupo FACT por encima del grupo ACT en las variables del AF5. Sin embargo, el grupo ACT obtuvo un tamaño del efecto mayor que FACT en las variables GHQ-12, AAQ-II, MAAS y SWLS (Ver Tabla 9.10).

Tabla 9.10. Tamaño del efecto en el grupo FACT y el grupo ACT

	FACT	ACT
<i>Variable</i>	<i>Cohen's d</i>	<i>Cohen's d</i>
GHQ-12	.56	.70
AAQ-2	.35	.49
MAAS	.06	.51
SWLS	.41	.60
AF5 Académico	.47	.17
AF5 Emocional	.36	.20

Nota: Según Cohen (1992), correlaciones de .10 indican tamaños de efecto pequeños, .30 indican efecto medio, y .50 indican efecto grande.

5. Discusión

Los objetivos de esta investigación eran: 1) extender las aplicaciones de FACT en el contexto académico para producir cambios estadísticamente significativos en el bienestar psicológico de los estudiantes, satisfacción con la vida, mejorar el autoconcepto y la atención plena; 2) determinar qué intervención puede ser más útil para mejorar las variables analizadas (ACT o FACT); 3) esclarecer qué intervención es más eficaz para producir cambios (ACT o FACT); 4) determinar si en el contexto

académico es más apropiado usar una aproximación u otra o verificar si los componentes usados sirven para producir cambios incluso en grupos numerosos. Los resultados positivos podrían conducir a un nuevo modelo integrador basado en el contextualismo funcional y en la evidencia de los procesos más relevantes.

Para examinar la eficacia de ambas intervenciones los estudiantes completaron una batería de cuestionarios y fueron asignados al grupo FACT o al grupo ACT. El grupo FACT permaneció un mes en lista de espera como grupo de control. Posteriormente volvió a realizar la misma batería de cuestionarios para determinar si se produjeron cambios durante el mes de espera. Los resultados indican que ambas intervenciones, tanto ACT como FACT son eficaces para mejorar el bienestar psicológico (7.05 y 8.70, respectivamente), con ambas puntuaciones en GHQ-12 por debajo del punto de corte (12) que señala la presencia de malestar general o indicios problemas psicológicos. Además, se producen mejorías en la satisfacción con la vida (28.18 y 23.65 respectivamente), que eran los objetivos principales de la intervención.

Ambas intervenciones han resultado ser eficaces para las variables mencionadas, aunque ambas modalidades muestran algunas variaciones en los resultados, lo que puede conducir a consideraciones e implicaciones divergentes.

Con respecto a los resultados del ANOVA en la comparación de la intervención con ACT y FACT pre-post indican diferencias entre los dos grupos en el MAAS, SWLS a favor del grupo ACT y en las variables académico y emocional del AF5 superiores para el grupo FACT (ver Tabla 9.9). El grupo FACT, en contraste con el grupo ACT, obtiene mejorías significativas en el autoconcepto académico y emocional ($SC = 31.17$, $F = 5.09$, $p < .05$; $SC = 28.91$, $F = 4.86$, $p < .05$). Tanto en el autoconcepto académico como en el emocional, las puntuaciones obtenidas son superiores a la media propuesta por los autores (García y Musitu, 1999; 5.85 para el académico (la media entre hombre y mujeres de 16 a 18 años es de 5.29) y para el emocional. El autoconcepto académico ha sido relacionado en general con el rendimiento académico ($r_{xy} = .60$). Además, ha sido asociada con la calidad en la ejecución del trabajo, la aceptación y la estima que se tiene de los compañeros, la responsabilidad y liderazgo, la calidad de la ejecución del trabajo, la aceptación y estima de los compañeros y la responsabilidad. Asimismo, ha sido asociado negativamente, con el absentismo académico y el conflicto. Por otro lado, el autoconcepto emocional ha sido correlacionado con la subescala de inestabilidad emocional ($r_{xy} = .41$) y con las habilidades sociales, autocontrol, sentimiento de bienestar, menor sintomatología depresiva o ansiedad y menor consumo de alcohol o

tabaco (Gracia, Herrero y Musitu, 1995). Por lo que, estas dimensiones se relacionan con un mejor ajuste psicosocial en adolescentes, mejores habilidades personales y menor número de problemas conductuales (García et al., 2008). Estos datos podrían sugerir que intervenciones con FACT son ligeramente superiores que ACT para conseguir resultados como por ejemplo mejorías en el autoconcepto, variable relevante en la adolescencia como se acaba de describir en las líneas anteriores.

Junto con esto, FACT obtuvo un tamaño del efecto medio y el grupo ACT pequeño en las variables del AF5 (autoconcepto académico y emocional) lo que quiere decir que no necesita una muestra mayor para incrementar su efecto (ver Tabla 9.10). No obstante, ACT obtuvo un tamaño del efecto mayor que FACT en las variables (GHQ-12, AAQ-II, MAAS y SWLS). También ha conseguido resultados positivos en la escala de atención plena y flexibilidad psicológica pero no en el autoconcepto. Por el contrario, FACT no ha obtenido cambios en el MAAS o en la flexibilidad psicológica. En cambio, ACT si ha obtenido resultados positivos en atención plena o flexibilidad psicológica. Esto quizás se deba a que FACT no se ha centrado estrictamente en los 6 procesos clave del hexaflex y también ser una intervención más compleja en cuanto a los mecanismos de cambio. Al contrario, el programa con ACT fue más acorde a los procesos clave que propone el hexaflex y por ello se reflejen los beneficios tanto en atención plena (proceso del hexaflex) y en flexibilidad psicológica. Tal y como señala Callaghan et al. (2006) donde describe una serie de indicaciones para complementar ACT y FAP, quizás ACT sea más adecuado en el inicio, debido a ser una aproximación amena, para luego seguir estableciendo la relación terapéutica en FAP, mientras se realiza ACT al mismo tiempo. El propósito al inicio del tratamiento es configurar habilidades de aceptación y atención plena al servicio de la flexibilidad psicológica y la acción comprometida. Una vez cubierto esto, se podría facilitar y crear relaciones interpersonales más significativas para los participantes tanto dentro como fuera de la terapia. Quizás las mejorías en el AF5 se deban al establecimiento de una relación genuina desde el principio en el grupo FACT, que sirvió como contexto y vehículo para vincularlo con los estudios.

Estos datos podrían ser el punto de partida para incorporar ACT con FAP de manera sinérgica en todos los contextos y aunar los procesos más importantes, tanto para formar a otros profesionales como para sus aplicaciones clínicas y en el contexto académico. Los hallazgos encontrados son consistentes con otras intervenciones basadas en terapias de tercera generación en contextos académicos (Grégoire, Lachance,

Bouffard, y Dionne, 2018; Halliburton y Cooper, 2018; Swain, Hancock, Dixon y Bowman, 2015) y de protocolos breves para mejorar la salud en otros contextos basados en la misma filosofía (Glover et al., 2016; Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012). Otro aspecto importante es poner de relieve es que ACT en formato breve no es menos eficaz que en sus versiones más extensas (Powers y Emmelkamp, 2009), lo que arroja información también sobre su eficiencia y ahorro de costes con respecto a intervenciones más dilatadas en el tiempo. Lo que queda claro es que ambas intervenciones, juntas o por separado, muestran en todas las variables mejores resultados que el grupo control en lista de espera.

Sin embargo, aunque los datos encontrados en esta intervención sean el punto de partida para seguir desarrollando estrategias basadas tanto en ACT breve con en FACT, este estudio presenta una serie de limitaciones que se describirán a continuación. En primer lugar, el grupo ACT no tiene un grupo de control. Aunque se ha contado con un grupo en lista de espera como control para comparar la intervención en la primera evaluación y segunda evaluación, justo antes de empezar con el protocolo FACT. No obstante, debido a la agenda del instituto con la planificación de las clases no se pudo tomar con un grupo de control diferente para cada intervención. La comparación en el ANOVA frente al grupo ACT (n=41) es de segundo de bachillerato y el grupo FACT de primero de bachillerato (n=71), lo que arroja dudas sobre las diferencias de curso (diferentes maestros, edades, cursos académicos y circunstancias), que podrían ser una fuente de variabilidad por la asignación de curso y tratamiento. Además, FACT tuvo mayor muestra debido a que había más alumnos en ese curso.

Junto con esto, aunque FACT obtenga resultados positivos en el autoconcepto y ACT no, las diferencias son reducidas. Esto implica que los resultados superiores de FACT con respecto a ACT no se puedan generalizar y necesitan de otros ensayos para mostrar su eficacia, tanto en otros centros de educación como en otros contextos. Por otro lado, FACT ha mostrado su eficacia con respecto al grupo de control descrito en el capítulo anterior de esta tesis, en tres diferentes colegios. Además, se ha replicado en otra cultura (como se mostrará en el siguiente capítulo) el mismo protocolo con resultados estadísticamente significativos, lo que resalta el valor de FACT tanto en el contexto laboral (Macías, Valero, Bond y Blanca, 2019) como en el académico.

Aunque estos datos han de tomarse con cautela, estos estudios pueden suponer el punto de partida de una generación de terapias basadas en la evidencia y procesos relevantes para producir el cambio terapéutico, como ha mostrado FACT. Ambas

aproximaciones se podrían enseñar de manera integral debido a su riqueza teórica y práctica, aunando los procesos más relevantes para producir cambios rápidos y radicales, adaptándose a las necesidades cambiantes de la sociedad actual e incorporarse a diferentes poblaciones y condiciones clínicas.

Capítulo 10

SEXTO ESTUDIO

Eficacia del protocolo FACT en estudiantes de otra cultura

1. Resumen

El objetivo de este estudio fue mejorar la salud de los estudiantes y examinar los beneficios de una intervención con FACT entre los alumnos de secundaria de Budapest y replicar los hallazgos encontrados con este programa en otra cultura. Participaron un total de 136 estudiantes, con una edad entre 17 y 22 años ($M = 18.98$, $DT = 1.55$), de ellos el 48.8% eran hombres y 51.2% eran mujeres. Se dividieron en dos cohortes según su año académico, en este caso participaron 42 estudiantes en 2017 y 94 estudiantes en 2018. Cada uno de ellos se dividió aleatoriamente en dos grupos: uno experimental con la intervención en FACT y otro de control que no realizó ninguna actividad mientras tanto. El protocolo FACT se aplicó en tres sesiones de grupo, donde se promovieron estrategias para mejorar la salud de los estudiantes. Los resultados mostraron la mejoría en el grupo FACT en la variable de salud general, satisfacción con la vida y atención plena, en comparación con el grupo control que no mejoró en ninguna variable. Se discuten las aplicaciones de FACT al extender sus beneficios en el entorno académico, replicando el protocolo en otro país europeo.

1. Introducción

Desde la década de los 90, de manera exponencial se ha incrementado la prevalencia de problemas psicológicos en adolescentes (Costello et al., 2004). Las tasas de prevalencia oscilan del 8 al 20% (*World Health Organization*, 2005). Este malestar psicológico que puede surgir en la etapa de estudiante afecta a una gran parte de la población en adolescentes y contribuye a niveles elevados de sufrimiento psicológico. Estos hallazgos son consistentes además en diferentes países (Pledge et al., 1998).

Como respuesta al malestar psicológico, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) se articula sobre la teoría de que el sufrimiento psicológico reside en el lenguaje y la cognición humana (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), y además considera que el sufrimiento es universal para todos los humanos y no solo para quienes enfrentan problemas de salud mental. En este contexto la inflexibilidad, como problema psicológico, se desarrolla a partir de la tendencia a tratar de evitar experiencias desagradables y la pérdida de contacto con el presente. Esto impide dar pasos en dirección a los valores personales (Bond et al., 2011; Hayes et al., 1999). Debido a eso, ACT considera que el intento continuo de hacer frente a los eventos privados desagradables a través de la evitación puede ser contraproducente a largo plazo. Como alternativa, este enfoque propone la flexibilidad psicológica que sería "la capacidad de contactar con el momento presente más plenamente como un ser humano consciente y de cambiar o persistir en una dirección valiosa" (Biglan, Hayes, y Pistorello, 2008). Además, ACT ha ido ganando mucha atención en las últimas dos décadas y ha demostrado que es una forma efectiva para mejorar el bienestar psicológico (A-Tjak et al., 2015; Powers et al., 2009).

Recientemente en una revisión sobre la investigación en contextos educativos, Gillard, Flaxman y Hooper (2018) analizan el uso potencial de ACT en entornos escolares observando mejorías estadísticamente significativas en estudiantes de primaria, secundaria y universidad. Por lo que se puede afirmar que ACT ha sido aplicado con éxito en el entorno educativo (Danitz, Suvak y Orsillo, 2016; Eifert, Mckay y Forsyth, 2006; Gillard, Flaxman y Hooper, 2018; Lillis y Hayes, 2007; Luciano et al., 2011). También, la combinación de ACT y FAP también ha mostrado su eficacia en el entorno académico para mejorar la salud en estudiantes y los logros escolares (Cativelli, Musetti y Perini 2014; Blarrina y Luciano 2012; Tirado et al., 2005).

Por su parte, la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991) es congruente con el énfasis analítico de la descripción del comportamiento, en términos de funciones en lugar de topografías (Hayes y Follette, 1992; Kohlenberg y Tsai 1991, 2009), lo que encaja también con el enfoque de ACT. Ambos modelos suponen aproximaciones enraizadas en el contextualismo funcional, compartiendo procesos comunes al entendimiento del sufrimiento humano y conciben a las personas en la misma dirección. Esta filosofía contextual de trasfondo es esencial para la intervención. Asimismo, su integración ha demostrado ser eficaz en diferentes entornos y condiciones, como señalan los metaanálisis (Kanter et al., 2017; Mangabeira, Kanter, y del Prette, 2012).

Investigaciones y revisiones recientes sobre los estudios hechos en el área de Psicología, han evidenciado una “crisis de replicabilidad” (Diener y Biswas-Diener, 2017; Klein et al., 2014). Estos estudios han mostrado que gran parte de lo que se publica no está replicado, y los hallazgos encontrados o las evidencias solo han sido demostradas por los autores o equipos originales. Además, cuando se intentan repetir esos estudios en su mayoría no se obtienen los mismos resultados, o tienen tamaños del efecto mucho más pequeños, o directamente no se repiten en absoluto (entre un 47% y un 60% no se replican los resultados) (Klein et al., 2014).

Esta situación arroja dudas sobre las afirmaciones actuales que se hacen en Psicología, los protocolos y su efecto en otras poblaciones o lugares. Cada repetición de un experimento podría ofrecer información sobre las variables que pueden estar afectando los resultados, y qué condiciones son necesarias para obtener los mismos efectos. Frente a este problema, la replicación tanto directa como sistemática (Sidman, 1960, pp.73) es la única alternativa para dar mayor validez interna y externa a las informaciones obtenidas ya por otros autores.

Por esta razón se han realizado las replications del protocolo FACT en los anteriores estudios de esta tesis doctoral, en diferentes poblaciones de trabajadores, funcionarios, y estudiantes. Para obtener mayor validez externa, y con el propósito de extender las evidencias a otros contextos y poblaciones, se ha realizado durante dos años seguidos una replicación sistemática del protocolo original con FACT que se había implementado ya inicialmente con empleados públicos (Macías et al., 2019) y validado también con otros tipos de participantes y de estudiantes, como se ha descrito en capítulos anteriores.

Tras el éxito con empleados, este protocolo de formato individual se adaptó al contexto educativo de manera grupal, para satisfacer las necesidades en el aula donde existía una creciente prevalencia de malestar psicológico. En esta adaptación, se aplicó el protocolo FACT durante dos años en España con éxito en los diferentes estudios presentados con anterioridad en esta tesis. Este protocolo FACT en principio se adaptó y desarrolló en Londres, pero debido a las dificultades burocráticas en mi estancia (llegada del *Brexit* y otros problemas oficiales relacionados con la certificación para intervenir con estudiantes menores de edad) tuvimos que aplicar este programa en España y Budapest. Así, de forma paralela, nuestro colaborador *Károly Schlosser* aplicó el programa con FACT en estudiantes en Budapest, siguiendo las mismas indicaciones sobre los procesos clave de nuestro protocolo español.

Esta sexta investigación tiene, pues, como propósito crear un programa unificado que pueda extenderse a otras poblaciones, países y culturas. El objetivo de esta intervención era conocer el alcance de los procesos del protocolo FACT para poder aplicarse en otra cultura diferente a la española. Budapest supondría el punto de partida de otras intervenciones aleatorizadas con FACT, y los resultados positivos le proporcionarían a este protocolo mayor validez externa. La hipótesis es que si los resultados son positivos apoyarían las raíces de la universalidad de estos procesos elaborados para mejorar la calidad de vida del ser humano, que comparte unas leyes comunes de comportamiento, y al que se puede aplicar una intervención similar, aunque se encuentre en puntos geográficos, culturas, y equipos profesionales diferentes.

3. Método

3.1. Participantes

Un total de 136 estudiantes completaron los cuestionarios para el estudio de replicación en Budapest. Se utilizaron dos cohortes diferentes de estudiantes de secundaria húngaros del curso 2017 ($N = 42$) y del curso 2018 ($N = 94$). Se eliminaron siete participantes del conjunto de datos debido a que no completaron todas las medidas o la completaron con errores ($N = 129$). La edad de los participantes fue de 17 años a 22, con una edad media de 18,98 ($DT = 1.55$). De todos los participantes, el 48.8% (63) eran hombres y el 51.2% (66) eran mujeres. La muestra de los dos años consecutivos

estaba compuesta por alumnos de dos centros diferentes situados en *Gundel* y *Merek* (Hungría). Los participantes pertenecían al mismo estatus socioeconómico medio y con características similares en los dos años de participación, excepto en los participantes de 2017 que eran de una escuela que acogía algunos alumnos con discapacidades visuales y físicas. De esta forma, la mayoría de los estudiantes de la muestra (84%) no tenían ningún tipo de discapacidad, pero sí había algunos con autismo leve (2%), discapacidad de aprendizaje (3%), discapacidad física (8%), discapacidad visual (1.5%), y trastornos del habla (1.5%). Por otro lado, la cohorte de 2018 estuvo constituida por estudiantes que no presentaban ningún tipo de alteración y/o discapacidad.

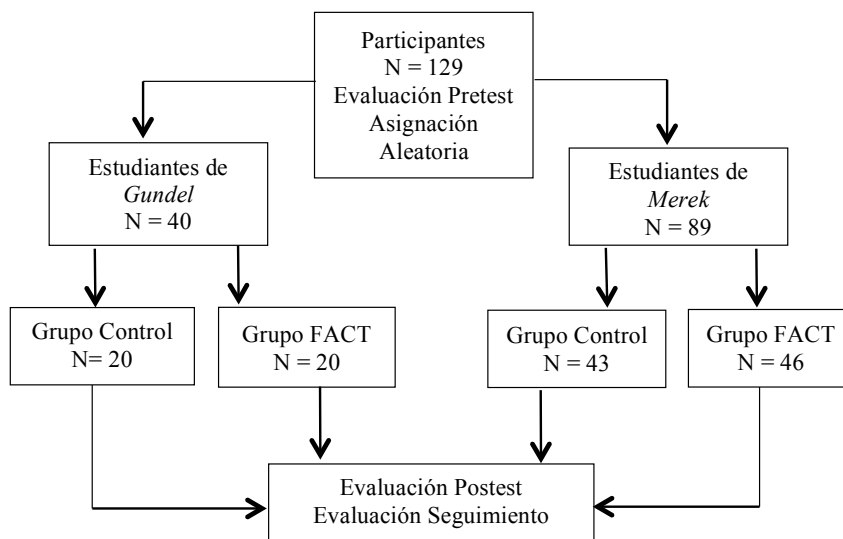


Figura 10.1. Diagrama explicativo de la asignación al grupo ACT y FACT

3.2. Diseño

Este estudio ha utilizado un diseño entre-grupos (FACT y grupo control) con medidas repetidas (mediciones pre, post y seguimiento). Por lo tanto, es un diseño factorial 2x3. De esta forma, la variable independiente fundamental que se compara son los resultados del grupo FACT frente al control, además en tres periodos temporales: antes del tratamiento, después de realizar el tratamiento FACT de tres sesiones, y una evaluación de seguimiento a los dos meses. Dentro de cada grupo o cohorte de los

centros escolares, se realizó una asignación aleatoria de la mitad de ellos al grupo experimental que realizó el protocolo FACT, y la otra mitad al grupo control sin intervención ninguna.

3.3. Instrumentos

Para la evaluación de la eficacia diferencial de FACT en estos estudiantes, se han medido variables como: el bienestar psicológico, la satisfacción vital, la flexibilidad psicológica y la atención plena. En concreto, los instrumentos utilizados han sido los siguientes:

Cuestionario General de Salud (GHQ-12; Goldberg, 1978): se utilizó una versión húngara Balajti, Vokó, Ádány, Kósa (2007) de este cuestionario de autoinforme de doce ítems que mide bienestar psicológico general. Los ítems se califican usando una escala de cuatro puntos desde "mejor que lo usual" hasta "mucho menos que lo usual". Se utilizó el método de puntuación Likert (0, 1, 2, 3). Las puntuaciones más altas en este cuestionario indican mayores niveles de sufrimiento psicológico. El GHQ-12 se usa a menudo como una herramienta de evaluación psiquiátrica, donde el criterio clínico de puntuaciones sobre 12 puntos pueden indicar un riesgo de trastorno psicológico (Hardy, Woods y Wall, 2003). El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala fue de .76. La versión húngara de la escala administrada tenía un coeficiente de alfa de Cronbach de .82.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985). Versión en español de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). Esta escala es un cuestionario de 5 elementos diseñado para medir la satisfacción con la vida. Los participantes indican cuánto están de acuerdo o en desacuerdo con esos elementos utilizando una escala de 7 puntos que va desde 7 (muy de acuerdo) a 1 (muy en desacuerdo). Las puntuaciones más altas en este cuestionario muestran una mayor satisfacción con la vida. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala es de .83.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011). Es un cuestionario de autoinforme tipo Likert de 7 elementos creado para medir la flexibilidad psicológica, que se centra en dos aspectos clave de la flexibilidad psicológica: evitación experiencial y aceptación psicológica. Los ítems se califican de 1 ("nunca es cierto") a 7

("siempre es cierto"). La versión húngara de Eisenbeck y Szabó-Bartha (2018) es la que se administró a los participantes, tiene un coeficiente de alpha de Cronbach de .90.

Cinco Facetas de la Atención Plena (FFMQ); Baer et al., 2006). Este cuestionario consta de cinco factores de atención plena: observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar, no reaccionar. Esta medida de autoinforme tiene 39 ítems y usa una escala que va de 1 a 5 puntos ("Nunca o casi nunca" a "Siempre o casi siempre"). La traducción al húngaro que se utilizó en este estudio fue la de Altbäcker y Németh (no publicado).

3.4. Procedimiento

Inicialmente se reclutó la muestra en los dos colegios, uno en cada año académico, obteniendo la autorización de la organización del centro, profesorado, y de los padres. En la primera sesión se explicó a los estudiantes el objetivo del estudio, el proceso a seguir, y se les pidió el consentimiento informado. Este estudio se realizó de acuerdo con los criterios éticos de la *British Psychological Society*, y fue aprobado por el Comité de Ética de Goldsmiths, Universidad de Londres, que fue donde se desarrolló el programa y el consentimiento informado. La junta directiva del colegio de Budapest también aprobó esta investigación que cumplía con todos los criterios éticos de la educación en ese país.

En esa primera sesión, realizaron en grupo todos los cuestionarios descritos anteriormente. Posteriormente, los participantes se asignaron al azar usando la lista de clase, para los grupos de intervención final, excluyendo los siete estudiantes que no completaron la intervención. El grupo final fue el siguiente (FACT con $N=66$ y grupo de control con $n=63$). Los participantes del grupo FACT realizaron la primera sesión de tratamiento, con el formato "2 + 1" (Barkham y Shapiro, 1990), donde las dos primeras sesiones se aplicaron en semanas consecutivas y la última tras una de descanso. Las sesiones eran en la misma aula habitual y la duración de una hora por sesión. Justo después de estas sesiones se realizó la evaluación post con los mismos cuestionarios.

Mientras tanto, el grupo de control realizó las mismas evaluaciones en el mismo espacio de tiempo pre-post, pero no recibieron sesiones de intervención, sino que asistían a un aula donde tenían una hora de tutorías para repasar el temario de clase y también preguntar dudas. Este grupo tuvo estas sesiones educativas en la misma duración total que el grupo experimental. Pasados 2 meses, ambos grupos realizaron

una nueva evaluación que podría considerarse el seguimiento, aunque sea un espacio temporal corto, se suponía que la intervención debía mantener el efecto conseguido en las primeras semanas.

El protocolo de intervención se basó en una versión breve de ACT diseñada originalmente en el campo de la atención primaria (Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012); una breve versión de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Flaxman, Bond y Livheim, 2013) para el contexto organizacional; y también las estrategias desarrolladas por Wilson y Luciano (2002). Estos elementos constituyen el protocolo final de FACT (Macías et al., 2019) del que se partió como base del procedimiento para este estudio.

La filosofía de la intervención fue tratar cada sesión como la última oportunidad de reunirse. Por lo tanto, las sesiones se centraron en los siguientes conceptos básicos: fusión y estancamiento en eventos privados, el Yo como contenido, evitación y control. Para promover la conciencia a los eventos internos se usó la aceptación, la defusión y toma de perspectiva mediante marcos jerárquicos con el deíctico-Yo. Los valores personales tras clarificarlos sirvieron como horizonte para trabajar con los eventos privados. El objetivo de la intervención fue promover la conciencia y desactivar el piloto automático para poder participar de manera proactiva en comportamientos flexibles, especialmente en relación a estudiar y al compromiso con los valores personales. En la Tabla 10.1 aparece la descripción de actividades realizadas durante el protocolo FACT breve de tres sesiones.

Tabla 10.1. Protocolo FACT

Descripción de actividades y procesos en el protocolo FACT
1. Beneficios del programa para promover la adherencia al entrenamiento y motivar a los alumnos (operaciones de establecimiento). Construyendo empatía, conciencia, coraje y amor (desde el modelo de FAP). Autorrevelaciones personales (modelado) y moldeamiento hacia objetivos.
2. Énfasis en la relación terapéutica, validación emocional, reforzamiento positivo y favorecer un clima confidencial y sin juicios.
3. Lenguaje como la causa del sufrimiento: eventos privados versus valores
4. Análisis funcional grupal
5. Provocar CCR1 y reforzar diferencialmente comportamientos más adaptativos CCR2.
6. Desesperanza creativa. Metáfora: “Arenas movedizas”, “Pasajeros del autobús”. Video: “Fallin' Floyd”. Procesos (Valores, lucha y control como problema, evitación, aceptación, atención plena, compromiso).”
7. Control como problema. Ejercicios: “Elefante rosa”, “Arenas movedizas”. “Olvida los números: 1,2,3”. Video: “ <i>The fly meditation</i> ”.
8. Yo como contexto. Metáfora: “Tablero de ajedrez”, “La radio”, “Role play: simular la mente de mi compañero”, “Post-it y caminar hacia valores” “El whatsapp es mi mente y yo decido a quien contestar” “Zigzag de la mente”.
9. Clarificación de valores. Acciones, objetivos y valores. Metáforas: “Cumpleaños”, “Brújula”, “Viaje” y “Jardín”. Video: “Jack Sparrow”. Compromiso con el jardín (estudiar, familia, amigos, etc).
10. Breve recapitulación de la sesión anterior. Ejercicio de atención plena: caramelo. Comenzar a reconocer el piloto automático. (Homer Simpsons en el trabajo). Equivalencia funcional entre el ejercicio físico y el ejercicio de la atención. Estar consciente versus piloto automático. Ejercicio de la respiración. Famosos que practican atención plena (modelado).
11. Defusión: Me doy cuenta de que estoy teniendo el pensamiento. Ponerle nombre a la mente. Repetición y ejercicio: “Limón”.
12. Toma de perspectiva (Marcos de jerárquicos con la perspectiva deíctica-Yo). Ejercicio de Aceptación: “Fisicalización”. Atención plena en el cuerpo.
13. Prevención de recaídas. Metáfora: “El ciclista y conductor de autobús”; “Bambú Japonés”.
14. Tareas para casa buscando la generación funcional (CCR3). Actuar con barreras (pensamientos, emociones) hacia los valores personales. Recuerda quien conduce el autobús. Ejercicio diario de atención plena a la respiración, al cuerpo y estar consciente.

4. Resultados

Las pruebas en el análisis de la varianza (ANOVA) revelaron los siguientes hallazgos en relación con las hipótesis: Los estudiantes que participaron en la intervención con FACT obtuvieron niveles estadísticamente significativos en el bienestar psicológico medido con el instrumento GHQ-12, satisfacción con la vida (SWLS) y atención plena (FFMQ).

Los resultados del ANOVA indicaron un efecto significativo sobre las puntuaciones del GHQ-12 (*lambda de Wilk* = .824; $F = 12,9$ (2. 121) $p = .001$, $\eta^2 = .176$). Las comparaciones en el seguimiento indicaron que la diferencia de pares fue significativa (Tabla 10.2 y Figura 10.2). Por otro lado, los resultados del ANOVA también indicaron un efecto significativo sobre las puntuaciones del SWLS (*lambda de Wilk* = .92; $F = 4.55$ (2. 128) $p = .001$, $\eta^2 = .07$). Las comparaciones de seguimiento indicaron que la diferencia de pares fue significativa (Tabla 10.2 y Figura 10.2).

En cuanto a la flexibilidad psicológica medida con el AAQ-II, los participantes en el grupo de intervención no presentaron cambios significativos, lo que indica que el mecanismo de cambio no es la flexibilidad psicológica con los procesos que se han trabajado. Esto es congruente con la replicación española que tampoco obtuvo beneficios en esta variable. Finalmente, los factores de la conducta de observar (Figura 10.2), no juzgar y actuar conscientemente del instrumento del FFMQ, resultaron estadísticamente significativas en el grupo FACT.

Tabla 10.2. Resultados del análisis de varianza (pre-post y seguimiento), error estándar, F estadístico y tamaño del efecto (eta cuadrado) como función del grupo de intervención

Variable	Grupo Control			Grupo FACT			F	p	η^2
	Pre	Post	S	Pre	Post	S			
GHQ-12	13.53 (0.88)	14.79 (0.79)	12.65 (0.45)	17.79 (0.90)	12.95 (0.80)	12.13 (0.46)	12.08	<.01	.16
SWLS	22.31 (0.79)	22.23 (0.7)	22.76 (0.56)	22.58 (0.79)	23.80 (0.71)	26.72 (0.54)	4.55	<.01	.07
AAQ-II	19.23 (1.09)	19.42 (1.05)	18.77 (0.64)	21.54 (1.11)	19.32 (1.06)	16.45 (0.65)	4.13	0.18	.06
FFMQ									
<i>Describir</i>	12.92 (0.61)	21.91 (0.73)	19.69 (0.63)	21.50 (0.62)	24.86 (0.74)	24.04 (0.64)	1.39	0.25	.01
<i>Observar</i>	26.07 (1.29)	27.43 (0.81)	22.27 (0.53)	27.27 (1.51)	27.63 (0.81)	28.16 (0.53)	11.66	<.01	.16
<i>No Juzgar</i>	23.58 (1.92)	29.89 (0.70)	22.20 (0.62)	25.88 (1.95)	27.59 (0.72)	28.95 (0.63)	31.22	<.01	.03
<i>No reaccionar</i>	19.61 (0.54)	18.81 (0.51)	19.66 (0.35)	19.13 (0.55)	19.04 (0.53)	19.49 (0.35)	0.26	.77	.01
<i>Actuar</i>	24.36 (1.35)	27.59 (0.64)	22.18 (0.57)	26.70 (1.38)	26.77 (1.35)	26.80 (0.59)	15.51	<.01	.01

Nota: GHQ-12 (bienestar psicológico), SWLS (satisfacción con la vida), AAQ-II (flexibilidad psicológica), y FFMQ (atención plena).

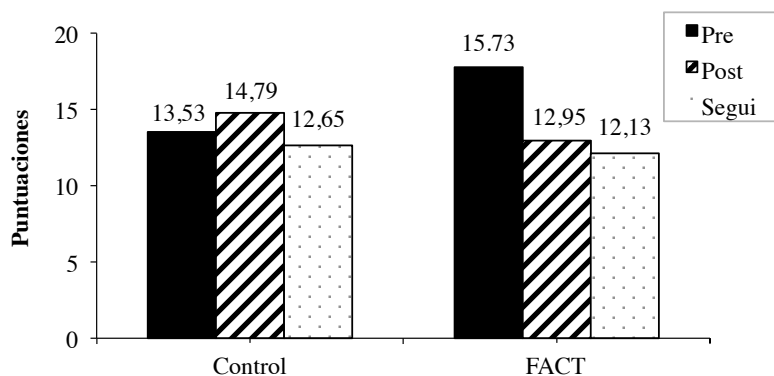


Figura 10.2. Promedio del GHQ-12 (bienestar psicológico), entre el grupo FACT y el grupo de control en las tres evaluaciones (pre-post-seguimiento)

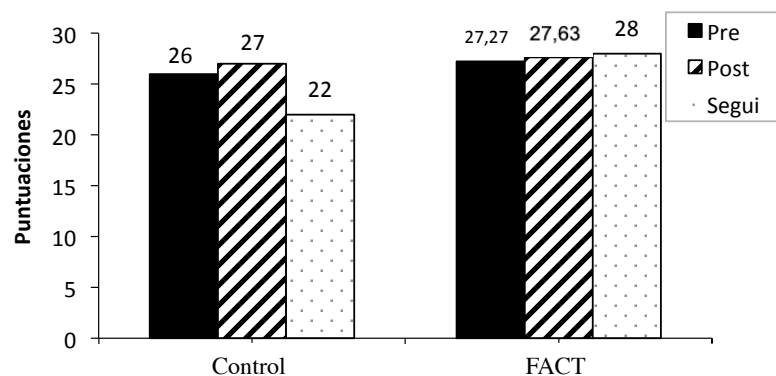


Figura 10.3. Factor de observación, del cuestionario FFMQ entre el grupo FACT y el grupo de control en las tres evaluaciones.

5. Discusión

El objetivo de este estudio ha sido probar la eficacia de FACT en estudiantes para mejorar el bienestar psicológico, la satisfacción vital y la atención plena; replicar los hallazgos encontrados en el contexto laboral con el mismo protocolo Macías et al. (2019) en otros contextos (ámbito académico); replicar el protocolo con resultados positivos en estudiantes en otra cultura (Hungría).

Para examinar la eficacia de FACT en otro país, los estudiantes de dos colegios de Budapest participaron en dos estudios con las mismas condiciones experimentales. Los estudiantes completaron las medidas de las variables dependientes en un diseño pretest-postest con seguimiento y asignación aleatoria con un grupo de control. Los hallazgos indican resultados estadísticamente significativos para las variables: bienestar psicológico (GHQ-12), satisfacción con la vida (SWLS) y las variables (observar, no juzgar y actuar conscientemente) del FFMQ. Por el contrario, el grupo de control no mejoró en ninguna variable a lo largo del tiempo. El grupo FACT además mejoró con el tiempo obteniendo un promedio de 12.95 en el postest y 12.13 en el seguimiento en la

variable GHQ-12. Además, en la variable SWLS 23.8 en el postest y 26.72 en el seguimiento. Esto es consistente con la literatura en la que se ha encontrado una demora en el patrón de mejoría debido a la aceptación del malestar (Luoma, Kohlenberg, Hayes y Fletcher, 2012).

No obstante, no se han obtenido cambios en la flexibilidad psicológica (AAQ-II), lo cual indica que en nuestra intervención no es el mecanismo de cambio propuesto por el modelo de ACT y los seis procesos del hexaflex. Sin embargo, estos resultados son congruentes con los hallazgos encontrados con el protocolo realizado en España donde tampoco se encuentran cambios en esta variable. Esto sugiere otro mecanismo de cambio involucrado en la mejoría de las variables dependientes. Esto quizá se deba a que este protocolo no está basado en los seis procesos básicos del hexaflex de ACT (aceptación, valores, defusión, yo-contexto, momento presente, compromiso y acción). El protocolo anteriormente descrito tiene más implicación con la toma de perspectiva descrita por la RFT en términos de participación con el marco jerárquico deíctico-Yo, o no actuar en coordinación con los pensamientos y demás eventos privados. Asimismo, el moldeamiento y la generalización funcional desde FAP podría ser otro mecanismo de cambio que el cuestionario AAQ no llega a capturar. Otros autores señalan que no es preciso aumentar la flexibilidad psicológica para que los participantes se beneficien de los efectos positivos en las demás variables dependientes (Glover et al., 2016; Niles et al., 2014).

El protocolo con FACT se está abriendo camino a lo largo de las investigaciones que se han llevado a cabo a lo largo de estos seis estudios, optimizando sus procesos desde su primera aplicación en el contexto laboral y extendiendo sus resultados a otros contextos. Ya serían seis las intervenciones que avalan la eficacia de FACT y una cuarta con la replicación. Estos resultados le confieren validez y quizás el punto de partida para seguir desarrollando y optimizando este modelo. Estas evidencias suponen un primer paso desde FACT para replicar determinados procesos en otras culturas y determinar el efecto de nuestra intervención. Esta línea se sitúa en la misma dirección que los autores Klein et al. (2014) que apuntan a la replicación como un método que salvaguarda la calidad científica.

No obstante, presenta algunas limitaciones que es preciso señalar para tomar con cautela los beneficios encontrados. En primer lugar, la muestra quizás no sea 100% representativa de los estudiantes a los que se ha aplicado la intervención en España debido a que algunos integrantes en este estudio presentaban alguna dificultad en el

aprendizaje, aunque solo el 16%; pero los datos encontrados son muy similares a los recogidos en la población española, teniendo el mismo efecto en 3 de 3 variables estudiadas (GHQ-12, SWLS, AAQ-II) y la misma $p < .01$. En cuanto a la subescala de “observar” del FFMQ, se considera esencial en la atención plena según Baer et al. (2008) que apoya la hipótesis de que la observación de los estímulos internos se asocia con un menor nivel de problemas psicológicos, menores índices de neuroticismo, ansiedad y mayor satisfacción con la vida, como se refleja en los resultados obtenidos. Aunque sería necesario realizar otro tipo de estudio, con o sin ese componente, para observar si la atención plena media el efecto en las demás variables relacionadas con el bienestar psicológico. Aunque el protocolo de FACT en Budapest obtiene mejores resultados en otras dos variables más del FFMQ (no juzgar y actuar conscientemente). No obstante, este instrumento aun no se ha validado en la población húngara.

Otra limitación de la replicación en otras culturas es la validación de instrumentos para asegurar la fiabilidad de lo que se está midiendo. Asimismo, se necesitaría realizar una comparación activa, es decir, compararlo con otros grupos con tratamiento estandarizado, debido a que el grupo de control no recibe ninguna intervención por motivos de agenda de la institución. Esto también presenta implicaciones éticas, al no haberse podido beneficiar algunos participantes de una intervención que ayuda a mejorar la salud general de los estudiantes, por lo que se deben de tener en consideración para futuros estudios.

Finalmente, los hallazgos aquí expuestos representan de manera novedosa resultados prometedores sobre las aplicaciones de FACT en el contexto académico. Esta intervención ha demostrado ser una forma efectiva para los estudiantes en la mejoría de las variables dependientes estudiadas. No obstante, aun queda camino para establecer los procesos comunes universales que sean definitivos para mejorar la calidad de vida del ser humano en diversas poblaciones, culturas y contextos. A pesar de que las terapias contextuales han demostrado ser una intervención eficaz en el contexto educativo, se necesitan más estudios que demuestren su utilidad y por qué son útiles (por ejemplo, Biglan et al., 2013; Halliburton y Cooper, 2015; Jeffcoat y Hayes, 2012; McConachie et al., 2014). Su desarrollo y trabajo podría tener también futuras implicaciones para mejorar el rendimiento académico y que exista una transferencia de este conocimiento para mejorar la sociedad y la calidad de vida del ser humano desde edades cada vez más tempranas.

Capítulo 11

CONCLUSIONES GENERALES Y DISCUSIÓN

*No entres dócilmente en esa buena noche,
Que al final del día debería la vejez arder y delirar;
Enfurécete, enfurécete ante la muerte de la luz.
Aunque los sabios entienden al final que la oscuridad es lo correcto.
(Dylan Thomas, 1952)*

1. Introducción

Las estrategias de diseño de metodologías en el laboratorio para producir cambios son la solución para continuar evolucionando y mejorando como una *Ciencia Contextual del Comportamiento* (CBS). Crear las condiciones precisas en el laboratorio puede llevar a una gran oportunidad para implementar mejores métodos y procesos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del ser humano (este es el propósito de la ciencia). El contextualismo funcional busca predecir e influenciar usando conceptos y reglas basados en el empirismo (Biglan y Hayes, 1996). Este enfoque se basa en el principio de la verdad, extremadamente práctico cuando esas reglas y principios se usan para predecir e influir en eventos. La estrategia más efectiva para identificar las variables e influir en el comportamiento es la experimentación controlada.

Sin embargo, desarrollar investigaciones y metodologías que puedan seguir los resultados que se han obtenido en el laboratorio en un mundo cambiante y complejo hace difícil emular las condiciones que se han diseñado en el laboratorio. En un intento pragmático de salvaguardar el rigor, nuestra propuesta ha sido utilizar condiciones experimentales para extraer resultados fiables. No obstante, en algunas situaciones no ha sido posible continuar con el plan trazado y hemos tenido que ser “psicológicamente

flexibles” para adaptarnos rápidamente a las circunstancias del entorno. El ser humano es más complejo que una máquina, y el modelo médico puede operar con la noción de síntoma (causa-efecto). Pero el comportamiento humano sigue otras reglas porque las causas que originaron el comportamiento no están en el presente, se encuentran en el pasado y en las contingencias que operaron a lo largo de la historia con múltiples ejemplos. Debido a sus características, ha sido un gran error adaptar los mismos principios del paradigma médico a la Psicología (véase en el Capítulo 1 el apartado sobre el enfoque de la dimensión funcional). Nuestro campo de la psicología desarrolló varios problemas a partir de esta tradición, creando un gran número de escuelas sin un paradigma común para entender y tratar la psicopatología humana. La causa se encuentra en la historia, y solo podemos manipular el presente entrenando a los clientes para que se relacionen a través de su historia personal de una manera diferente con esos eventos. Además, esa historia y esos eventos están en continua retroalimentación con claves contextuales, lo que los hace dinámicos y cambiantes.

En el siguiente capítulo se presenta un resumen de nuestra línea de investigación desde 2015, siguiendo una estrategia inductiva desde un estudio al siguiente, intentando responder a los planteamientos e incógnitas que dejaba el anterior estudio. Hemos intentado extender los hallazgos de un protocolo breve que denominamos FACT (*Functional Analytic Acceptance and Commitment Therapy*) a distintos tipos de participantes y contextos, no solo adultos y adolescentes, sino también en situaciones laborales diversas y contextos educativos. Discutiremos posteriormente nuestros hallazgos en relación a los que otros investigadores han encontrado, aportando lo que consideramos que añade este tipo de intervenciones en diferentes contextos sobre su eficacia y efectividad.

2. Resumen de los seis estudios

Como se ha descrito con anterioridad, se ha seguido en esta tesis doctoral un proceso de investigación progresivo e inductivo, ampliando de un estudio a otro los objetivos y tratando de mejorar el siguiente a partir de los datos obtenidos. Tras los resultados de un estudio se planteaba cómo mejorarlo, las posibles dificultades y cómo diseñar un nuevo estudio para obtener más información, a partir de este un segundo, un tercero con nuevos planteamientos, y así sucesivamente hasta realizar seis estudios

sobre FACT con diferentes participantes, grupos, contextos y países. De esta forma resumida, las características y resultados de cada estudio serían los siguientes:

Estudio 1. Un programa FACT en el trabajo. Se trata de dos estudios de caso donde se aplica FACT breve de tres sesiones individuales, donde se han medido diferentes variables pre-post. Los resultados mostraron un aumento del bienestar psicológico y aumento del bienestar laboral, además de realizar acciones congruentes con sus valores.

Estudio 2. Programa FACT para mejorar el bienestar psicológico en el trabajo. Se trata de un estudio intra-grupos donde 15 trabajadores agrícolas recibieron el protocolo breve FACT, evaluados antes y después de esas sesiones, tanto individuales como en grupo. Los resultados mostraron una mejora en todas las variables: salud general, satisfacción laboral y recompensa ambiental.

Estudio 3. Programa FACT en empleados públicos. Se realizó un estudio entre-grupos con medidas repetidas y un grupo control. Los trabajadores en este caso eran empleados públicos de un ayuntamiento, que fueron asignados aleatoriamente: 19 en el grupo FACT y otros 19 en un grupo control. La aplicación de FACT breve, aplicada en grupo, mostró mejoras significativas en el bienestar psicológico, ansiedad, *burnout*, flexibilidad psicológica y los valores personales, frente al grupo control que no mostró ningún cambio.

Estudio 4. El programa FACT aplicado en estudiantes de bachillerato. Se realizó un estudio aleatorizado entre-grupos con medidas repetidas y grupo control. Los participantes que eran estudiantes entre 17 y 19 años, en el grupo FACT (50) recibieron una intervención breve durante 3 sesiones en grupos de clases escolares, y el grupo control (44) solo fueron evaluados antes y después del mismo intervalo de tiempo. Los resultados mostraron mejorías estadísticamente significativas en todas las variables, es decir, mejoró el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, flexibilidad psicológica y atención plena. En cambio, en el grupo control no hubo cambios.

Estudio 5. Diferencias entre FACT y ACT aplicados en estudiantes de bachillerato. Se trata de un estudio entre-grupos con medidas repetidas y grupo en lista de espera. Los participantes eran estudiantes de bachillerato entre 16 y 19 años, que fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: un grupo recibió la intervención breve solo con ACT (41), y el otro grupo actuó en principio como grupo en lista de espera, y tras una segunda evaluación recibió el programa FACT (71). Ambas intervenciones fueron en grupos grandes. Los resultados mostraron la eficacia por igual de ambas

intervenciones frente al grupo en lista de espera, pero al comparar la eficacia diferencial de ACT frente a FACT, el primero mejoró más en bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, y atención plena; mientras que el segundo mejoró más en el autoconcepto académico y emocional.

Estudio 6. Eficacia el protocolo FACT en estudiantes de otra cultura. Se realizó una replicación de los anteriores estudios con otros estudiantes de otra cultura, en este caso de institutos de secundaria de Budapest. Se realizaron dos aplicaciones en cursos diferentes, y cada uno de ellos se dividió aleatoriamente en un grupo que recibía FACT (66 en total), frente a otro grupo control que solo hacía consultas con los profesores (63 en total). El protocolo se aplicó en tres sesiones breves en grupo. Los resultados mostraron la mejoría de este grupo FACT en salud general, satisfacción con la vida y atención plena, en comparación con el control que no mejoró en ninguna variable.

3. Cumplimiento de los objetivos

Partiendo de los objetivos e hipótesis planteados en esta tesis doctoral desde el inicio, como se describieron en el Capítulo 3, podemos revisar el grado de cumplimiento de esos objetivos, y la confirmación o no de las hipótesis generales planteadas inicialmente.

El *primer objetivo* que era probar la eficacia y efectividad de un protocolo FACT, formado por una simbiosis abreviada de FAP y ACT, creemos que ha sido completado con éxito. Se han realizado varios estudios donde todos ellos, desde los estudios de caso único a los de grupos, han mostrado la eficacia de FACT al mejorar las puntuaciones en los diversos instrumentos utilizados, sobre todo en salud general y satisfacción personal. De esta forma, se han visto confirmadas las *Hipótesis Generales 1 y 2* al mostrar los mejores resultados tanto individuales como en grupo en trabajadores, tanto agrícolas como de la administración pública. Se ha mostrado también que esa efectividad es superior a un grupo control aleatorizado. También se ha mostrado esa efectividad y eficacia en estudiantes, al comparar FACT con grupos controles y grupos en lista de espera, aunque en este caso eran grupos asignados por las condiciones escolares. Por lo tanto, también se han confirmado las *Hipótesis Generales 3 y 4*, al mostrar esa superioridad en los resultados del grupo FACT frente a los otros grupos.

El *segundo objetivo* que era probar la generalización de FACT en usuarios con distintas características también se ha cumplido con éxito, puesto que se ha demostrado la eficacia de FACT en distintos tipos de participantes. Ha mostrado su eficacia con adultos en trabajos agrícolas y de la administración pública, así como en diferentes grupos de estudiantes de bachillerato en cursos y niveles diferentes. De esta forma, los cuatro primeros estudios han vuelto a confirmar la *Hipótesis General 4*, al demostrarse la posibilidad de generalización a través de participantes y contextos.

El *tercer objetivo* que era probar la extensión de FACT en distintos contextos sociales de aplicación también se ha visto cumplido con éxito. El protocolo FACT ha mostrado superioridad en todos sus resultados en distintos tipos de participantes, y se ha aplicado no solo en España sino también en grupos en Hungría, por lo que se ve confirmada la *Hipótesis General 5*, extendiendo su utilidad pues a personas de diferentes contextos y culturas.

El *cuarto objetivo* que era estudiar el efecto diferencial de FACT sobre la terapia ACT por sí sola, se ha visto cubierto solo en parte. Los resultados del último estudio han mostrado que ambas terapias aplicadas de forma breve son igualmente efectivas, frente a grupo control en lista de espera, pero cada una de ellas ofrece mayores cambios en algunas de las variables y no en otras. De esta forma, puede afirmarse que la *Hipótesis General 6* solo se valida en algunas de esas variables. En concreto, el componente FAP por su relación terapéutica, personal, íntima y emocional, parece mejorar en los estudiantes precisamente esas relaciones sociales, emocionales y autoestima. Por su parte la terapia ACT sola mejora en aspectos como la salud general, satisfacción con la vida y atención plena. Parece cada tipo de terapia incide sobre algunos aspectos diferentes en sus resultados, lo que discutiremos más adelante en este apartado.

4. El desarrollo de FACT

A través de los seis estudios llevados a cabo durante estos años en diferentes contextos, hemos obtenido diferentes conclusiones. En primer lugar, sobre el alcance de los modelos de intervención y, en segundo lugar, sobre las implicaciones clínicas de la aplicación de FACT para mejorar los resultados psicológicos. Además, al final de este capítulo se analiza el mecanismo de cambio.

En el punto de partida, FACT se desarrolló en el lugar de trabajo con diferentes organizaciones. Los datos encontrados en estas investigaciones con empleados condujeron a una serie de procesos claves enraizados en las terapias contextuales; específicamente en la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) y en la *Psicoterapia Analítica-Funcional* (FAP). Aquellos procesos que consideramos esenciales para producir cambios en cortos períodos de tiempo y los componentes de ambos enfoques se han combinado, dando como resultado el último protocolo que denominamos FACT (*Functional Analytic Acceptance and Commitment Therapy*). Después de validar este protocolo con empleados públicos (Macías et al., 2019), los hallazgos fueron adaptados y extendidos al contexto académico, llevando a cabo varias investigaciones con éxito (ver Capítulos 8 y 9). Además, hemos replicado nuestro protocolo con FACT en otra cultura con idénticos resultados (ver Capítulo 10). Estos resultados podrían ser prometedores y, además, ser el punto de partida de un protocolo, basado en la evidencia, que reúna los procesos más importantes observados en ambas terapias, creando un modelo inclusivo igual de eficaz pero más abreviado. Esto podría tener implicaciones en la psicología básica, investigando lo que de verdad funciona de cada modelo de terapia, y las bases empíricas desde la RFT (Törneke et al., 2015), así como consideraciones clínicas para aplicar los mejores componentes con el fin de inducir cambios rápidos y estables a largo plazo, y también a la hora de formar a otros profesionales.

Al principio de esta tesis, comenzamos aplicando algunos componentes de ACT y FAP por separado. Tenían una coherencia, pero el protocolo no estaba sólidamente desarrollado (ver Capítulos 5 y 6). Los resultados de estos dos primeros estudios sugirieron que las terapias de tercera generación podrían ser una opción efectiva para mejorar el bienestar psicológico en el trabajo al aumentar la activación conductual, mejorar las relaciones entre los empleados de la misma empresa y, además, mejorar la satisfacción en el trabajo. Asimismo, estos estudios muestran cómo ACT y FAP pueden actuar sinérgicamente para mejorar el bienestar psicológico en el trabajo, como se encontró en otras investigaciones de ACT realizadas en el trabajo (Bond y Bounce, 2008) y con FACT (Callaghan et al., 2004). Es importante destacar que esta intervención es el punto de partida para la inclusión de FAP en el trabajo, un tipo de enfoque terapéutico que no se había utilizado hasta ahora en un contexto laboral. Es posible que las primeras mejoras rápidas que se produjeron se debieran a la intensa relación terapéutica establecida con todos los empleados como vehículo para el cambio. En la evaluación final sobre satisfacción, los trabajadores calificaron al autor de la

intervención con 10 puntos sobre 10 en una escala subjetiva. Esto es coherente con lo que los autores del modelo Kohlenberg y Tsai (1991, 2009), han propuesto sobre las repercusiones de la alianza terapéutica en las mejoras del cliente. La relación terapéutica que se realizó en base al análisis funcional fue muy profunda, generando las condiciones ideales para el cambio y para la equivalencia y generalización funcional. Sin embargo, los hallazgos de nuestra primera investigación fueron solo el principio de esta investigación inductiva sobre estas psicoterapias, que nos llevó a una tercera aplicación con empleados públicos (ver Capítulo 7), cuando todos estos procesos se organizan de una manera coherente y radical para producir cambios en breves periodos de tiempo.

Este protocolo FACT se basó en la filosofía de ACT en periodos breves de los autores Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012), que ofrecieron una versión abreviada de ACT basada en los procesos centrales diseñados en entornos de atención primaria con presión de tiempo, con excelentes resultados. La aplicación breve de ACT con la integración con FAP derivó en FACT, ahora en un formato individual. Esta presentación nos permitió extraer y aislar los componentes más esenciales que eran clínicamente relevantes para inducir cambios y mejorar las variables estudiadas (bienestar psicológico, satisfacción vital, *burnout*, ansiedad, etc.). Esto permitió una rápida adaptación y extensión al contexto académico con resultados positivos y prometedores. Los hallazgos en tres experimentos indicaron que el grupo FACT mostró una disminución del malestar psicológico en los empleados y en los estudiantes evaluados. Los datos y resultados en el cuestionario GHQ-12 indican puntuaciones por debajo del punto de corte de 12, que era el límite para presentar riesgo de tener problemas psicológicos (Hardy et al., 2003). Por el contrario, el grupo de control en nuestros experimentos no mejoró en las variables estudiadas. El malestar psicológico fue la medida común en todos los estudios de esta tesis, así como la razón de ser de nuestro propósito, mostrando no solo ser una buena medida para evaluar el bienestar psicológico general de las personas, sino también como una escala multidimensional que evalúa varios aspectos de malestar, en lugar de una evaluación específica sobre ansiedad, autoestima, estrés y afrontamiento, que hubiera dificultado el propio proceso de evaluación al aplicar a los participantes tal cantidad de cuestionarios.

5. Semejanzas de ACT y FAP

Los estudios de esta tesis proporcionan pruebas de la eficacia y efectividad de las intervenciones breves con FACT aplicadas individualmente en el trabajo y en institutos de enseñanza secundaria. Pero también representa un intento de adaptar los procesos basados en la evidencia, con la integración de dos enfoques contextuales con raíces filosóficas comunes. FAP y ACT convergen en el enfoque basado en el análisis clínico de la conducta (Dougher, 1993, Hayes y Bisset, 2000), donde se aplica el análisis del comportamiento en poblaciones clínicas, asumiendo una evolución de la terapia conductual tradicional que incluye evidencias de la conducta verbal o del análisis funcional del lenguaje (Pérez-Álvarez, 2004). Tanto FAP como ACT utilizan principios conductuales básicos, como el refuerzo positivo y negativo, la evitación, el moldeamiento, el reforzamiento diferencial, el seguimiento de reglas, las relaciones de equivalencia, la RFT, etc., y la aplicación de todos esos principios conductuales a los pensamientos, sentimientos y relaciones intrapersonales (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford, 2004).

FACT destaca las fortalezas de FAP y ACT, centrándose en las dificultades que surgen de los repertorios de evitación experiencial y en la configuración de las habilidades de aceptación experiencial con un refuerzo continuo en la sesión al servicio de los valores del cliente (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, 2004). Una terapia sirve como contexto para la otra. Este híbrido, llamado FACT crea una terapia más comprensiva, al mismo tiempo que permanece teóricamente consistente y fiel a los objetivos de cada terapia individual. Ambas aproximaciones emplean el marco de conducta analítico y contextual para el abordaje de problemas clínicos complejos, incluido la aceptación emocional y la relación terapéutica intensa.

Las contribuciones únicas de FAP, se pueden encontrar en el significado de relación terapéutica (Kohlenberg, Yeater y Kohlenberg, 1998), una explicación analítica funcional del comportamiento (Follete, Naugle, Callaghan, 1996), el valor de la intimidad en las relaciones humanas (Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 2006). Las contribuciones únicas de ACT se pueden encontrar en la ubicuidad del sufrimiento humano (Hayes et al., 1996), la teoría de los marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), el foco en el lenguaje, la inflexibilidad psicológica y la lucha humana hacia una vida valiosa (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). La unión

de ambas filosofías con base en unos principios comunes de entender el sufrimiento humano crea una combinación inmejorable.

FACT parece tener más éxito que cuando se usa cualquiera de las dos terapias por sí solas (Ver Capítulo 2; revisión de FACT). Esta aproximación ha sido eficaz en el tratamiento de una gran variedad de problemáticas, tanto en adultos como en jóvenes, para condiciones clínicas que van desde síntomas psicóticos, dejar de fumar, ansiedad, depresión, estrés, calidad de vida, conductas agresivas, anorexia, trastorno de la personalidad, entre otros: (Baruch, Kanter, Busch y Juskiewicz, 2009; Callaghan, et al., 2004; Gifford et al., 2011; Kohlenberg y Callaghan, 2010; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg, Tsai, Ferro-García, Valero-Aguayo, Fernández-Parra, y Virués-Ortega 2005; Paul, Marx, y Orsillo, 1999; Luciano, 1999; Luciano, Valdivia-Salas, Gutiérrez-Martínez, Ruiz, y Páez, 2009; Martín-Murcia, Cangas-Díaz, y Pardo-González, 2011; Novoa-Gómez, y Guzmán-Gutiérrez, 2008; Tirado et al., 2005; Tsai et al., 2009).

6. Diferencias según nuestra investigación entre FACT versus ACT

En nuestro estudio, ambos enfoques (FACT vs ACT) fueron efectivos para producir cambios en tres sesiones (en los resultados “bienestar” y “satisfacción vital”). De este modo, el grupo FACT obtiene mejoras significativas en los autoconceptos académico, social y emocional. Estos hallazgos en el grupo FACT (véase el Capítulo 9) podrían tener repercusiones diferentes debido a la importancia asociada con esta escala. Se encontraron resultados positivos en la obtención de puntuaciones superiores a la media propuesta por los autores García y Musitu (1999) en cuanto a los autoconceptos académico, emocional y social. Por su parte, el autoconcepto académico se ha relacionado con el rendimiento académico, y además, se ha asociado con la calidad del trabajo, la aceptación y las relaciones positivas, la responsabilidad y el liderazgo; y se ha asociado negativamente con el absentismo escolar y con el conflicto (García et al., 1999). Asimismo, el autoconcepto social también se ha asociado con las habilidades sociales, el autocontrol, la sensación de bienestar, la sintomatología menos depresiva o la ansiedad o el menor consumo de alcohol o tabaco (Gracia, Herrero y Musitu, 1995). Estas variables están relacionadas con un mejor ajuste psicosocial en adolescentes,

mejores habilidades personales y menos problemas de conducta (García, Pascual, Frías, Van Krunkelsven y Murgui, 2008).

Estos datos sugieren que las intervenciones con FACT son ligeramente mejores que con ACT para lograr resultados tales como mejoras en el autoconcepto, una variable esencial como se ha indicado en las líneas anteriores. Además, FACT obtuvo un tamaño medio del efecto en las variables del cuestionario AF5 (autoconceptos académico, social y emocional), mientras que ACT solo tuvo un efecto pequeño. Estos mismos resultados se han replicado en el cuarto y quinto estudio (ver Capítulos 8 y 9) al comparar FACT con un grupo de control en lista de espera, donde siempre aparece superioridad en estas variables

Ambos programas breves, tanto FACT como ACT, parecen efectivos para la mejora de la salud general y satisfacción de los participantes, aunque precisamente por las características de cada intervención, un modelo hace más incidencia en unas variables que en otras. En este caso, podría afirmarse que lo que añade el componente de FAP en esta terapia breve sería la relación emocional, puesto que esta terapia insiste en la relación terapéutica e intimidad como contexto y vehículo para el cambio y manejar los problemas del individuo. Sin embargo, el componente de ACT parece actuar más en la aceptación, flexibilidad psicológica, atención plena, valores y satisfacción con la vida que serían más específicos de los propósitos de esta terapia. De esta forma, aunque presentan diferencias en sus resultados, ambas son superiores a grupos controles y a grupos en lista de espera. La presentación abreviada juntas o por separado consigue mejorar la satisfacción y salud general de las personas.

Esta intervención ha demostrado ser una forma efectiva para que los estudiantes mejoren su bienestar y autoconcepto. Sin embargo, aún queda camino por recorrer para establecer procesos comunes y definitivos que mejoren la calidad de vida del ser humano en poblaciones, culturas y situaciones diversas. A pesar de que las terapias de tercera generación son una intervención útil en el contexto educativo, todavía hay pocos estudios que hayan demostrado su utilidad en estudiantes (por ejemplo, Biglan et al., 2013; Jeffcoat y Hayes, 2012; McConachie et al., 2014). Su desarrollo y trabajo también podrían tener implicaciones futuras para mejorar el rendimiento académico y, además, una transferencia de conocimiento para mejorar la sociedad.

No ha sido objetivo de esta tesis doctoral, por su especificidad, estudiar los cambios en problemas específicos de ansiedad, depresión, estrés, o académico, etc., por ello quizás sea necesario replicar este protocolo FACT en estudiantes, pero centrándose

en los beneficios sobre el estudio, la mejora en las notas académicas, o la disminución del estrés y ansiedad ante los exámenes.

7. La replicación, la eficacia y la efectividad de FACT

En la ciencia, la replicación es el proceso de repetir la investigación para determinar hasta qué punto los hallazgos se generalizan a través del tiempo y entre situaciones (Diener y Biswas-Diener, 2017). La línea de trabajo de esta tesis se sitúa en la misma dirección que la de los autores (Klein et al., 2014), sugiriendo que la replicación es un método que salvaguarda la calidad científica. Estas investigaciones examinaron 190 estudios examinados, de los cuales solo 90 fueron replicados con éxito, en una tasa del 47%, incluso en poblaciones casi idénticas y en las mismas condiciones. Esta situación plantea dudas sobre la situación actual en el campo de la psicología, los protocolos y su efecto en otras poblaciones o lugares. Cada repetición de un experimento podría ofrecernos información sobre las variables que pueden estar afectando los resultados y qué condiciones son necesarias para obtener los mismos efectos.

En el proceso progresivo de esta tesis se han realizado múltiples replications, directas y sistemáticas, lo que permite afirmar con seguridad los resultados conseguidos con el protocolo FACT. En varios de los estudios se encuentran resultados similares. De manera característica, en el sexto estudio los resultados son estadísticamente significativos para las siguientes variables: medida del bienestar psicológico con el GHQ-12, satisfacción con la vida en SWLS y las variables (observar, no juzgar y actuar conscientemente) del FFMQ. Por el contrario, el grupo de control no mejoró en ninguna variable. El grupo FACT también mejoró con el tiempo, en el seguimiento en la variable GHQ-12 y en SWLS. Este resultado es congruente con la literatura en la que se ha observado un patrón de retraso en la mejora debido a la aceptación del malestar (Luoma, Kohlenberg, Hayes y Fletcher, 2012). No se obtuvieron cambios tampoco en la flexibilidad psicológica (AAQ-II), lo que es coherente con el estudio realizado en España (cuarto estudio) que sugiere otro mecanismo de cambio diferente.

Los datos encontrados en la replicación de Budapest son casi idénticos a los recogidos en la muestra de estudiantes españoles, mostrando el mismo efecto en las tres variables estudiadas (GHQ-12, SWLS, AAQ-II). En cuanto a la subescala: "observar"

en el FFMQ, que se considera esencial para la atención plena, Baer et al. (2008) apoyan la hipótesis de que la observación de los estímulos internos está asociada a un menor nivel de problemas psicológicos, por lo que la mejora en esta variable implicaría también mejoras en satisfacción y salud general. Esta evidencia representa un primer paso de FACT para reproducir ciertos procesos en otras culturas y examinar el efecto de la intervención.

Se han realizado seis intervenciones que apoyan la eficacia y efectividad de FACT, siendo la cuarta la replicación que se llevó a cabo en Budapest en colaboración con *Schlosser* y *Frank Bond* (Goldsmiths), lo que da gran fiabilidad y capacidad de generalización de los resultados obtenidos, no solo por la cantidad total de muestra de trabajadores y estudiantes que han participado en los diversos estudios (475 participantes en total), sino porque también se han comparado frente a grupos controles y grupos en lista de espera, y además se han replicado con participantes de diversos países (España y Hungría) y diversos contextos de aplicación (trabajo agrícola, ayuntamiento, centros escolares de secundaria y centros de formación profesional). La replicación múltiple, creemos que muestra sólidamente la generalización de estos resultados, y la posibilidad de aplicar este protocolo FACT en otras poblaciones y participantes con el mismo éxito.

8. La flexibilidad psicológica como una medida de malestar

La idea de que la evitación experiencial influye en la psicopatología es un concepto antiguo en la psicología clínica (Binswanger, 1963; Freud, 1914; Mowrer, 1947). Además, es reconocida por diferentes escuelas psicológicas como el psicoanálisis (Freud, 1966); Gestalt (Pearls, Hefferlie y Goodman, 1951); la psicoterapia centrada en el cliente (Raskin y Rogers, 1989) y la psicoterapia existencial (Yalom, 1980).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propuso la *evitación experiencial* como un denominador común de la psicopatología humana, situándola como una dimensión diagnóstica funcional (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002). La intervención desde ACT consistiría en disminuir esa evitación experiencial con el objetivo primordial de aumentar la flexibilidad psicológica de los clientes (Hayes et al., 2012). Esta terapia ha demostrado

su eficacia en una amplia gama de condiciones clínicas (A-Tjak et al., 2015; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Powers y Emmelkamp, 2009). Sin embargo, existe un debate abierto entre la evitación experiencial como un proceso y no como un resultado o mecanismo de cambio (Chawla y Ostafin, 2007). Incluso se ha criticado la validez de la medida de autoinforme de evitación experiencial más usada (Bond et al., 2011). Este instrumento ha servido para evidenciar a lo largo de los años el mecanismo de cambio en las intervenciones de ACT (Gloster, Meyer y Lieb, 2017). Sin embargo, Wolgast (2014) descubrió que esta medida tiene una validez discriminante pobre para la evitación experiencial y cuestionó la validez del AAQ-II, porque en su análisis factorial confirmatorio encontró que los elementos del instrumento se correlacionan más con las medidas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Esto significa que el AAQ-II puede ser considerado más como una medida de malestar psicológico (Bond et al., 2011; Gámez et al., 2011; Tyndall et al., 2018) y como un efecto negativo en lugar de una evitación experiencial.

Como hemos mostrado en los diversos estudios de esta tesis doctoral, el cuestionario AAQ-II no muestra diferencias significativas de manera coherente en todos los casos. No era el objetivo de esta tesis investigar específicamente el mecanismo de actuación de ACT o FAP, sino su eficacia aplicadas de forma conjunta. Sin embargo, estos resultados pueden ilustrar hasta qué punto esos supuestos mecanismos explicativos de “inflexibilidad” psicológica participan realmente en el cambio terapéutico al ser más una variable que correlaciona con neuroticismo. De esta forma, si este instrumento no mide la evitación experiencial, el mecanismo de cambio no podría estar en la flexibilidad psicológica y no mediaría en el efecto sobre las otras variables generales de salud. Considerando esta evidencia, esta medida del cuestionario AAQ-II es simplemente otra medida que se correlaciona con otras medidas de salud, pero no evidenciaría necesariamente un mecanismo de actuación. El AAQ-II parece evaluar un constructo entre la evitación experiencial y el malestar con dificultades en su validez discriminante, probablemente mayor investigación en los procesos de la RFT podría mostrar algo de luz sobre estos mecanismos de actuación, como señala Törneke et al. (2015).

9. Hacia otros mecanismos del cambio terapéutico

En nuestros estudios hemos obtenido resultados inconsistentes sobre la flexibilidad psicológica, que sugieren varios problemas importantes que hacen que este concepto sea poco fiable. En la intervención original en el contexto de trabajo (Macías et al., 2019), se obtuvieron resultados positivos en la flexibilidad psicológica. En el ámbito académico solo obtuvimos cambios en el programa con ACT no con FACT aplicado en grupo.

Aunque nuestros principales propósitos al utilizar FACT eran diferentes de la teoría de la flexibilidad psicológica centrada en seis procesos centrales (aceptación, valores, defusión, el yo como contexto, momento presente, acción comprometida), FACT se centró en los procesos de toma de perspectiva basados en RFT (participación con marco jerárquico deíctico) y no actuando en coordinación con los pensamientos y eventos privados, además de incluir la generalización funcional de FAP, alianza terapéutica, moldeamiento, etc.

Existe evidencia adicional que indica que no es necesario producir cambios en la flexibilidad psicológica para producir beneficios en las variables de bienestar (Glover et al., 2016; Niles et al., 2014). La inconsistencia de la construcción de la AAQ-II, tal como se describe en la sección anterior, lleva a examinar otros aspectos como posibles mecanismos de cambio. Estas hipótesis podrían llevar a trazar un nuevo camino para descubrir nuevos mecanismos de cambio en las intervenciones, como las descritas anteriormente, y otros procesos basados en la RFT (Törneke et al., 2015).

Por lo tanto, se proponen otros mecanismos de cambio más complejos basados en FAP, en este caso. Nuestras hipótesis al respecto, unidas a las de otros autores, se centrarían en las siguientes variables: valores, generalización funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), refuerzo contingente (Follette et al., 1996), alianza terapéutica (Martin, Garske, y Davis, 2000), cercanía/intimidad (Kuczynski et al., 2019) serían procesos clave más profundos que la flexibilidad psicológica para producir cambios en las otras variables dependientes. El instrumento *FAP Life Snapshot* (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follete, y Callaghan, 2009), que mide los valores personales, tuvo un gran efecto en nuestra intervención ($\eta^2 = .57$) y el grupo de control obtuvo una puntuación más baja en el tiempo posterior a la prueba (ver Capítulo 7). Por lo tanto, los valores personales podrían ser propuestos como un mecanismo de cambio evaluado por *FAP Life Snapshot*. En otras palabras, podría asumirse la hipótesis de que si a lo largo del

proceso terapéutico se consiguen *cambiar las reglas de seguimiento (valores)* que una persona sigue en su vida, estas le servirán para el resto de su vida e interacciones fuera de la propia relación terapéutica. Podría ocurrir que encontrar esos valores (o seguir nuevas reglas aprendidas en la terapia) sea un mecanismo que explique el cambio posterior en la vida del individuo.

Por último, el entorno también es determinante para mantener los problemas psicológicos. Es necesario observar las variables del contexto que mantienen el comportamiento problemático. En cuanto a la extensión de las intervenciones en organizaciones, escuelas o familias, es esencial producir cambios en el entorno, siempre y cuando los propósitos de la investigación estén enfocados a producir efectos a largo plazo. Considerando que un comportamiento se mantiene si hay alguna fuente de refuerzo (positiva o negativa), ha de tenerse en cuenta que el terapeuta maximice esa futura fuente de reforzamiento. Han de conseguirse *reglas de seguimiento que obtengan reforzadores naturales* en el entorno real; en caso contrario, las reglas dejarán de seguirse, el efecto terapéutico será momentáneo, y no se lograría cambiar realmente el contexto verbal que dirige al individuo en su vida.

Finalmente, los componentes: conocimiento, coraje y amor, como cualidades personales y como habilidades del terapeuta, los convierten en un mecanismo de cambio en sí mismo. Es el terapeuta en su interacción momento a momento quien esta ejerciendo una influencia, *un moldeamiento progresivo*, que haga cambiar al individuo *in situ*; y quizás ese podría ser otro mecanismo de actuación de la psicoterapia. Otro aspecto que considerar es que el terapeuta debe ser consistente y honesto con sus palabras, porque el terapeuta es un modelo. Cuando el terapeuta habla de relaciones personales, por ejemplo, debe mostrar cercanía, empatía, validación emocional, refuerzo positivo, intimidad y tener estos valores con el cliente. Así, pues, los elementos que añade FAP a los ya conocidos de ACT, podrían complementarse y aumentar su eficacia terapéutica, más aún si se aplican en programas breves y en grupo.

10. Terapia basada en mecanismos y procesos de cambio. La importancia del *Rationale*

Estamos en una nueva era de la psicoterapia en la que parece que la clasificación sindrómica y los protocolos para tratar síndromes, etiquetas e intervenciones basadas en la eliminación de síntomas están mostrando su poca validez. Acorde con las críticas de Deacon (2013), que asegura en sus estudios que no se han encontrado causas o marcadores biológicos para los "trastornos mentales", y no hay evidencia de que los "trastornos" sean causados por un desequilibrio químico. La ciencia clínica parece haber llegado a un punto de inflexión. Un nuevo paradigma que cuestiona la validez y utilidad del modelo biomédico está empezando a emerger. Se deberían de examinar idiográficamente los procesos de cambio ya que individuos con problemas similares pueden diferir de los procesos que les condujeron a esos problemas (Hayes y Hofmann, 2019).

Una nueva ola de terapias basadas en la evidencia está surgiendo con fuerza a partir de un enfoque transdiagnóstico (Hofmann y Hayes, 2018). La *evitación experiencial* (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002) se ha posicionado como una dimensión diagnóstica funcional/transdiagnóstica y alternativa a la clasificación diagnóstica tradicional. Por otro lado, y formando una definición ya clásica, la evitación experiencial se ha definido como un patrón inflexible y negativo para establecer contacto con experiencias privadas (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos, sentimientos) y llevar a cabo acciones para alterar la forma o frecuencia de estos eventos. Los patrones inflexibles desde una perspectiva funcional estarían vinculados a múltiples ejemplos en los que el individuo actúa ciegamente o en coordinación con eventos privados, lo que evita la discriminación entre la diferencia entre "yo" y mis pensamientos/emociones, que emerge de su historia personal. Este patrón atascó y estrechó la vida del ser humano, restringiéndonos a estar abiertos a otras funciones que tienen un significado trascendente.

La ventaja de seguir un paradigma de aplicaciones clínicas que comparten leyes comunes es poder intervenir en problemas complejos con múltiples topografías, pero que tienen elementos comunes. De esta forma, las terapias deberían dirigirse a esos elementos comunes, y no organizar las técnicas de psicoterapia por categorías diagnósticas, como si hubiese "causas" diferentes para la ansiedad específica, el

trastorno de estrés postraumático, las adicciones o la anorexia, por poner algunos ejemplos. En muchos casos, y tras un análisis funcional individual, *el contexto del lenguaje y sus funciones aversivas suelen ser esos elementos comunes*, por lo que las terapias deberían dirigirse a minimizar esas funciones de evitación experiencial a partir del lenguaje, y crear *un repertorio nuevo basado en la experiencia y las contingencias naturales* que hagan la conducta del individuo más flexible, y apegada a un horizonte de propósitos vitales que trasciendan al mero hecho de sentir malestar.

El protocolo de FACT presentado aquí, y que consideramos innovador, fue diseñado para resaltar su eficacia y efectividad de FACT, y sugerir una convergencia entre modelos con raíces filosóficas comunes desde el "contextualismo funcional". Este estudio pretende desembocar en una terapia basada en procesos (PBT) o a una terapia basada en la evidencia (EBT) centrada en los procesos subyacentes, en lugar de desarrollar nuevos enfoques terapéuticos para cada problema específico (Hofmann y Hayes, 2018). El punto fuerte de este protocolo es el *rationale* o la razón fundamental por la que esta intervención es eficaz, que es la filosofía de trasfondo (contextualismo funcional). Sin esta filosofía de ciencia, las técnicas se quedan desnudas a merced de la crítica y serían meros placebos debido a que cualquier técnica, de cualquier enfoque, "puede" ser eficaz, pero no eficaz por lo que dice que es eficaz. Por lo tanto, nuestra intervención está respaldada por el conductismo radical, fundamentada en el laboratorio y ahora aplicada en otros contextos pero siguiendo su espíritu de salvaguardar el control y la predicción.

El propósito no ha sido crear una receta de cocina. Este protocolo está diseñado con elementos funcionales y conceptuales, comunes a todos los seres humanos (efectos de las contingencias, control contextual, la evitación experiencial, los valores, la relación terapéutica como mecanismo de cambio, la aceptación, la toma de perspectiva, etc.). El análisis funcional debe establecerse ideográficamente, ya que los individuos con problemas aparentemente similares pueden diferir en los procesos que los llevaron a ellos (Fisher, Medalgia y Jeronimus, 2018). Por lo tanto, si los procesos son estudiados en un nivel normativo, y las conclusiones son extraídas siguiendo niveles generales, el análisis será erróneo (Hayes y Hoffman, 2019). Así que, los protocolos deben basarse en similitudes funcionales, por ejemplo, utilizando la estimación de modelos múltiples interactivos de grupos (Gates y Molenaar, 2012). Uno de los pasos que van en esta dirección y hemos incluido en esta tesis ha sido en *análisis funcional grupal* y en base a ese análisis se han ido elaborando los protocolos. Los resultados han desembocado a

crear un modelo basado en los procesos más relevantes, según la investigación básica aplicada a lo largo de los años en ambas terapias FAP y ACT. Integrar este *enfoque unificado con los componentes esenciales en ambas terapias* puede ser el futuro, y FACT puede ser una alternativa para esto.

11. Limitaciones de los estudios realizados

Como se ha descrito anteriormente, se ha seguido un proceso inductivo, progresando de un estudio a otro, e intentando mejorar las conclusiones obtenidas en uno para diseñar el siguiente, eliminando alguno de sus inconvenientes, y tratando de obtener la máxima generalizabilidad a los resultados obtenidos. Sin embargo, estos estudios tienen varias limitaciones que deben ser consideradas.

En primer lugar, resulta harto paradójico que las terapias contextuales se enmarquen como modelos alejados de las categorías diagnósticas, pero usen test que evalúan esas etiquetas como la depresión, ansiedad etc. Desafortunadamente nos encontramos bajo las mismas contingencias que los demás modelos psicológicos y en el mismo sistema de juego. Aunque se han usado otros sistemas que no son los cuestionarios para evaluar el cambio, como el paso de CCR1 (mirar el reloj 10 veces en 10 minutos) a CCR2 (venir a terapia sin reloj), que son conductas cuantificables, objetivas y que se alejan de los test tradicionales. A nivel subjetivo también contamos con indicadores que avalan la mejoría que no son los cuestionarios (reporta mejor bienestar subjetivo, tiene relaciones íntimas más significativas, ha mejorado su puesto de trabajo, etc.). Para investigaciones futuras el uso de cuestionarios que puedan evaluar la evitación experiencial, que correlaciona con un amplio espectro de la “psicopatología humana”, sería más acorde en lugar de usar los mismos cuestionarios, ya que el propósito de estas terapias no es disminuir los síntomas, sino de proveer de recursos a las personas para que puedan resolver la situación que en el momento se encuentran. También la evaluación de los “valores personales”, con el cuestionario de la Instantánea Vital de FAP o bien otro instrumento similar, puede reflejar los cambios en esos patrones o reglas verbales que sigue el individuo, y que cambian después de haber recibido la terapia.

Otro aspecto importante que ha de tenerse en cuenta como limitación es que no ha sido posible administrar medidas de seguimiento para evaluar las mejoras a largo plazo, fundamentalmente debido a las dificultades de los contextos de trabajo en unos casos, y a las fechas escolares en otros de los estudios. Solo tenemos seguimiento en los dos estudios de caso, mostrando mejoras coherentes con los posttest, y también en un seguimiento corto a dos meses en el estudio sobre estudiantes húngaros. Sin embargo, la evidencia empírica apoya la noción de que una respuesta rápida en forma de intervenciones breves está asociada con el progreso a largo plazo, y puede mejorar los problemas y la salud mental (Bryan et al., 2010). Este aspecto podría beneficiar nuestra intervención debido a que las pruebas posteriores fueron administradas justo después de la última sesión. Hemos encontrado mejores resultados en las medidas de seguimiento en la replicación con estudiantes en Budapest. Esta cuestión apoya nuestra hipótesis de que inducir cambios rápidos se correlacionan con mejoras a largo plazo.

Por lo tanto, un creciente número de pruebas ha mostrado cambios radicales que han surgido durante las dos primeras sesiones (Doane, Feeny y Zoellner, 2010). Asimismo, existen una serie de falsas concepciones y mitos acerca de que tratamientos más largos producen resultados superiores comparados con tratamientos más cortos. Por ejemplo, 16 sesiones de terapia cognitiva para la depresión deberían producir reducciones más duraderas en depresión que por encima de 8 sesiones del mismo tratamiento. Para probar esta idea Molenaar et al. (2011) realizaron un estudio donde encontraron que el grado de reducción de síntomas y mejoras a largo plazo en funcionamiento social fue tan bueno en un programa con 8 sesiones como con 16. Por lo que, este estudio sugiere que intervenciones breves pueden ser igual de efectivas que intervenciones más largas para el mismo trastorno. Sin embargo, serían necesarios más estudios con este protocolo FACT, pero realizando seguimientos a los seis meses o un año, para mostrar realmente a largo plazo sus efectos.

En segundo lugar, los factores no específicos no han sido adecuadamente controlados en el grupo de control de la lista de espera para aislar las variables no relacionadas con la intervención. También un clásico estudio (Howard, Kopta, Krause, y Orlinsky, 1986) se encontró que el 15% de los clientes han experimentado mejorías clínicas antes de llegar a la primera sesión, parece que el mero hecho de buscar ayuda favorece a sentirse mejor. Por lo tanto, es necesario controlar el efecto placebo y las mejoras como resultado de la mera expectativa de un tratamiento creíble (Frank y Frank, 1961). La revisión de Gaudiano (2011) con 18 ensayos clínicos de ACT,

mostraron efectos significativamente mejores que las listas de espera/placebo y el tratamiento habitual. En nuestra investigación, casi todos los estudios tienen grupos control frente a los que ha mostrado mayor eficacia, y en otros hay también grupos en lista de espera, que no han mostrado cambios durante ese tiempo sin recibir tratamiento específico.

Podría alegarse que existe un efecto de sesgo del terapeuta-investigador, pero el último estudio ha sido realizado por otro investigador diferente y en otro país diferente. Además, el hecho de tener grupos de control, aleatorizados, diferentes poblaciones o asignados en otros casos, permite afirmar que esta variable no ha podido contaminar los resultados. Queda, sin embargo, siempre la necesidad de que FACT se pueda aplicar por otros equipos de investigación, en otros tipos de población, con otros diseños experimentales y problemas psicológicos.

Asimismo, dos aspectos clave sobre las salvaguardas metodológicas contra los errores de inferencia son el uso de instrumentos con validación internacional y la asignación aleatoria (Gambrill, 2012). Ambos criterios han sido cubiertos en esta intervención, al utilizar instrumentos que ya han sido validados y utilizados en población española, y también con estudiantes. La diferencia en este caso sería utilizar esos instrumentos con población de trabajadores. Es evidente que para las siguientes intervenciones con FACT, sería necesario el uso de grupos de comparación activa, es decir, otros grupos que recibiesen intervenciones estandarizadas. Incluso sería una sugerencia futura de investigación el comparar la aplicación FACT en grupos como se ha hecho en la mayoría de estos estudios, frente a su aplicación de manera individualizada como se haría en un contexto clínico ambulatorio, o también comparar con la aplicación de programas breves de tres sesiones en grupo que pudiesen ocurrir desde otras perspectivas terapéuticas. De esta forma, sería posible estudiar no solo la eficacia y efectividad, como ya hemos realizado en esta tesis, sino también valorar la eficiencia de FACT, recabando información sobre su coste económico, de personal, de tiempo, etc., al ser un programa breve que puede tener efectos tan beneficiosos como otros programas más largos y exigentes en tiempo, esfuerzo y dinero.

Otra de las limitaciones que presenta este estudio se refiere a la implementación de protocolos de grupo que limitan un análisis funcional individual. Al actuar en grupos no se puede realizar un análisis funcional de cada persona del grupo, como se haría en FAP, y se parte de un análisis previo común a la mayoría de los problemas psicológicos. Como hemos descrito en capítulos anteriores, se parte de un análisis funcional de

“evitación experiencial”, de fusión verbal entre pensamientos y emociones, de contexto verbal aversivo sobre las conductas problemáticas, y la existencia de reglas de cumplimiento que mantienen de manera inflexible los comportamientos problemáticos de las personas. De esta forma, se ha aplicado un protocolo que sería común a todos los miembros del grupo, asumiendo problemas psicológicos con bases comunes, como mostraban los distintos cuestionarios en las evaluaciones iniciales. Aunque el análisis funcional de grupo pretende ser una herramienta de orientación para normalizar los eventos privados (extrayendo procesos funcionales comunes entre todos) y la forma en que el ser humano responde a ellos. En su utilización dentro del protocolo en cada grupo se utilizaron los ejemplos y vivencias que contaban los propios participantes, en metáforas y tareas experienciales adaptadas a sus circunstancias (trabajo o estudios), y adaptados en su caso a la dinámica de diálogos que se producían durante el desarrollo de la terapia en grupo. Esto nos permitió derivar funciones, incluir autorrevelaciones y traer la evitación experiencial como un problema común para todos los trabajadores o estudiantes.

Otra limitación se refiere a las mejoras variables en unas u otras variables, según se aplique un programa solo ACT o bien el compuesto FACT. Cada uno parece incidir más en unas variables que en otras. Respecto a la atención se encontraron cambios sólo en la subescala de observación del FFMQ. Esta escala incluye la percepción y la atención de las experiencias internas y externas: sonidos, olores, sensaciones, pensamientos. La escala de observación se considera clave para la atención plena y Baer et. (2008) sostiene que la observación de estos estímulos internos está asociada a un menor nivel de problemas psicológicos. Tal vez solo mejoró esta escala, porque el programa fue más bien útil para mejorar la relación con sus experiencias internas (procesos clave en el protocolo FACT). En otro de los estudios se utilizó la escala MAAS y solo produjo cambios significativos en los estudiantes en el grupo ACT y no en FACT (véase Capítulo 9). Esto apoya la hipótesis de que ambos protocolos tienen objetivos diferentes y resultados ligeramente diferentes debido a las diferencias encontradas en las variables dependientes. Realmente es necesaria más investigación sobre los factores que propician el cambio dentro de las terapias, el hecho de que haya cambios en unas variables y no en otras, incluso dentro de psicoterapias contextuales que parten de los mismos elementos del análisis funcional, implicaría que a lo largo del proceso terapéutico (incluso uno breve como este) están en juego múltiples variables que han de aislarse y conocer su efecto específico.

Finalmente, estas tres sesiones de protocolo breve con FACT se han basado en la evidencia recopilada de los análisis funcionales individuales y las primeras intervenciones, como hemos descrito a lo largo de los distintos estudios, extrayendo componentes comunes para crear un protocolo basado en procesos funcionales. Consideramos, pues, que este programa FACT es un punto de partida con resultados prometedores para ampliar las intervenciones basadas en procesos clave para producir cambios en periodos de tiempo cortos. Esto podría conducir a la adaptación de nuestros conocimientos a la sociedad moderna, que exige soluciones rápidas y efectivas. El objetivo es aplicar esta filosofía de la ciencia en los sistemas laborales o educativos a través de proyectos longitudinales como afirma Dixon (2013). La Psicología puede contribuir a la optimización del aprendizaje y la enseñanza, a mejorar la vida de las personas. Tal vez estemos ante el comienzo de nuevas generaciones de terapeutas formados con una filosofía común sobre el funcionamiento del ser humano y repertorios más flexibles, dispuestos a resolver los retos futuros de la terapia psicológica.

Chapter 12

English Summary

THE EFFICACY OF FACT FOR EMPLOYEES AND STUDENTS' WELL-BEING

*Do not go gentle into that good night,
Old age should burn and rave at close of day;
Rage, rage against the dying of the light.
Though wise men at their end know dark is right
(Dylan Thomas, 1952)*

The literature is replete with evidence regarding the impact of psychological distress in many different arenas, especially at the workplace and schools. This study aimed to develop a brief training program to improve psychological well-being in the organizations and schools' settings. The two most representative third-generation therapies based on functional contextualism: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional Analytic-Psychotherapy (FAP), have been integrated in a unified approach called FACT. The efficacy of this hybrid has been examined across six studies carried out with employees and students. An overall of 475 people have participated in these studies and trained more than 385 participants, both men and women in an age range from 16-67 alongside more than 200 sessions over 3 years. Firstly, the sessions with employees were performed individually with the scope to be an idiographic way to extract functional processes and analysis underpinning the workplace. Secondly, this evidence at the workplace was the starting point to extend our knowledge in the schools' settings, adapting the original protocol in a group format. Finally, the results through all the trainings have led to a brief three-sessions protocol with FACT to

improve psychological well-being. The evidence of this brief program was obtained throughout the investigations with the measures (GHQ-12, MBI-GS, DASS-21, EROS, SWLS, WAAQ, AAQ-II, FFMQ, MAAS, AF5, EBP & FAP-SNAPSHOT) and from different experimental conditions (waiting list control group, control group, active comparison, quasi-experimental design, case study). Furthermore, several implications concerning psychological flexibility are discussed, and other mechanism of change is suggested. In conclusion, this novel protocol is based on the main components with the integration of the two contextual approaches and provides initial support and evidence about its efficacy in the workplace and schools.

1. Introduction

Strategies to design methodologies in the laboratory to produce changes are the solution to continue evolving and improving as a Contextual Behavioural Science (CBS). Creating the precise conditions in the laboratory can lead to a great opportunity to implement better methods and processes in order to improve the quality of life of the human being (this is the purpose of science). Functional contextualism seeks to predict and influence using concepts and rules based on empiricism (Biglan & Hayes, 1996). This approach is based on the principle of truth, extremely practical when those rules and principles are used to predict and influence events. The most effective strategy for identifying variables and influencing behaviour is controlled experimentation.

However, developing research and methodologies that can follow the results obtained in the laboratory in a changing and complex world makes it difficult to emulate the conditions that have been designed in the laboratory. In a pragmatic attempt to safeguard rigour, our proposal has been to use experimental conditions to extract reliable results. However, in some situations it has not been possible to continue with the plan and we have had to be "psychologically flexible" to adapt quickly to the circumstances of the environment. The human being is more complex than a machine, and the medical model can operate with the notion of symptom (cause-effect). But human behaviour follows other rules because the causes that originated the behaviour are not in the present. They are found in the past and in the contingencies that operated throughout history with multiple examples. It has been a great mistake to adapt the same

principles of the medical paradigm to Psychology (see in Chapter 1 the section on the functional dimension approach). Our field of Psychology developed several problems from this tradition, creating a large number of schools without a common paradigm for understanding and treating human psychopathology. The cause is in history, and we can only manipulate the present by training clients to relate through their personal history in a different way to those events. In addition, that history and those events are in continuous feedback with contextual keys, which makes them dynamic and changing.

The following chapter presents a summary of our line of research since 2015, following an inductive strategy from one study to the next, trying to respond to the approaches and unknowns left by the previous study. We have tried to extend the findings of a brief protocol called FACT (*Functional Analytic Acceptance and Commitment Therapy*) to different types of participants and contexts, not only adults and adolescents, but also in diverse work situations and educational contexts. We will then discuss our findings in relation to those that other researchers have found, providing what we believe these types of interventions add in different contexts about their efficacy and effectiveness.

The background to develop an effective, brief program is motivated by the growing and alarmingly high rates of psychological distress in society. The scope on this work has focused on distress at the workplace and schools. At first, we attempt to produce changes in the organizations because the average time spent at work is 1/3 of the human's lifetime. The extension to the schools has the same antecedents because students spend a large part of their lives at schools and they are at a sensitive age to learn strategies that can determine their future. Due to the inability to manage emotions of some people in the adulthood, the first hypotheses in the workplace were adapted to produce changes in order to modify the way they relate to their personal events and facilitate new flexible repertoires.

Research on the impact of psychological distress derived from working conditions (Parent-Thirion, Macías, Hurley, & Vermeylen, 2007) raise the alarm and conclude that psychological distress is the second health problem at work in Europe. This already affects an average of 30% of workers across 27 countries and is highly prevalent in organizational environments in the industrialized world. Also, only a small proportion of distressed employees receive psychological intervention (Hilton et al., 2008).

These psychological problems have social consequences at the same time, placing a great burden on the national economies of the world, assuming a loss in

productivity (Kessler, Merikangas, & Wang, 2008). With regard to the Spanish scene, almost 20% of people living in Spain have suffered from a mental disorder according to the DSM-IV criteria (Cardila et al., 2015). This prevalence in psychological problems supposes a cost to European level estimated at 118 trillion euros and an annual cost of 5005 million in the case of Spain (Sobocki, Jonsson, Angst, & Rehnberg, 2006).

Regarding the academic field, the prevalence of psychological problems is increasing among the student population (Centre for Collegiate Mental Health, 2016). Prevalence rates range from 8 to 20% (World Health Organization, 2005) of the student population. Numerous researches have focused on different components of psychological distress among students (Edwards, Hershberger, Russell, & Market, 2001, Misra, McKean, West, & Russo, 2000, Reifman & Dunkel-Schetter, 1990, Zaleski, Levey-Thors, & Schiaffino, 1999) and they have concluded that the majority of discomfort rates in students are due to the absence of skills to manage emotions.

These global conditions on the prevalence of psychological distress at workplace and academic context point out the background to think about develop strategies in order to improve people's well-being.

2. FACT: The efficacy of an integration of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional-Analytic Psychotherapy (FAP) to improve well-being

Just one year after the first publication based on ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), the first randomized trial following this manual was conducted in the workplace context (Bond & Bunce, 2000). Therefore, this therapy since its starting point has been linked to the workplace, and its evidences has nurtured in parallel the findings found in basic, clinical and occupational psychology.

Models based on functional contextualism, like for example, ACT, are having promising results and growing in recent days in the workplace with positive outcomes to improve mental health, (Bond, Flaxman & Bunce, 2008, Bond, Hayes & Barnes-Holmes, 2006) performance and productivity (Bond, Flaxman, van Veldhoven & Biron, 2010). Likewise, ACT has been shown to be an effective alternative in educational contexts, considering the review by Gillard, Flaxman and Hooper (2018) consistent with the meta-analysis on the utility of ACT in adolescents (Swain, Hancock, Dixon & Bowman, 2015). FAP has also demonstrated its effectiveness in academic settings

(Cattivelli et al., 2012; Tirado et al., 2005). The flexibility of being able to adapt the aforementioned processes to different populations is undoubtedly an extraordinary advantage. With the available research in both fields we have developed and validated a protocol with FACT components with public employees (Macías, Valero, Bond & Blanca, 2019) that brings together the most important processes of both ACT and FAP. The purpose now is to continue extending the effectiveness of these processes to other areas.

2.1 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

The first version of what we know today with the acronym of ACT appeared in a precursor and novel way. This first version was known as "Comprehensive Distancing" (Zettle & Hayes, 1986), a name less precise than the final version we know nowadays. It was renamed as "Acceptance and Commitment Therapy" (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2012), with the first complete book that came to light. This approach is the most representative of the so-called "therapies of the third wave" and it's rooted in the pragmatic philosophy of functional contextualism (Biglan & Hayes, 1996, 2015). It represents a contextual and functional dimension to understand and treat human psychopathology, assuming that problems would be centred on personal history and in how people have learned to relate to their private experiences. This approach also conceives disturbing private events as part of human existence due to living in a social-verbal context, as well as in an organism with underpinning laws. The answer would be found in the language, which is analysed in terms of verbal behaviour by Skinner (1957) and would be the context by which the psychological problems and the variables and contingencies that have shaped the self of the human being are established. Experiential avoidance as a functional diagnostic dimension is explained by the RFT (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), which understands the heart of language as the derivation of relations between events under control, at least in part, of arbitrary clues. It also includes the philosophy and knowledge of experimental and applied behaviour analysis, that supports both the methodology used and the clinical interactions of ACT.

The central and determinant approach of this model together with the RFT is the functional classification called experiential avoidance disorder (EAD). It is also known as destructive experiential avoidance, ineffective augmenting or the most complete

definition we currently know: "psychological inflexibility" which is a relational functional / operant class that correlates with psychological problems. People who show inflexibility using experiential avoidance are more likely to develop a variety of different psychopathological conditions (Boulanger et al., 2010; Chawla & Ostafin, 2007; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Hayes et al., 2004; Ruiz, 2010).

The increases in psychological flexibility are known as the mechanism of change proposed within the ACT model (Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt, 2011), although other mechanisms of change are proposed in our conclusions due to the doubts showed about the reliability of the AAQ-II questionnaire. The inflexibility is established through multiple examples where the person acts in coordination/equivalence with their personal events and without discriminating as being different from them. This pattern has been considered as the common denominator of psychopathology in various disorders according to the criteria of the DSM, given the extent of the comorbidity of the different disorders.

The intervention with ACT would be aimed at transforming functions via relational-verbal to generate a state of psychological flexibility defined as a functional / operant class that consists in responding to one's behaviour from a hierarchical framework with regard to their content (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes, & Bond, 2015) and dismantling the aversive functions of the language about people's lives.

2.2 Functional Analytic Psychotherapy (FAP)

Functional Analytic Psychotherapy (FAP, Kohlenberg & Tsai, 1991) is conceived as a particular approach based on functional contextualism to address the complex clinical problems that occur in daily life. These problematic behaviours can be observed, evoked and shaped contingently by therapists through a genuine therapeutic alliance that acts as a source for clinical transformation and obtaining positive clinical benefits and deeper outcomes.

Both therapy authors: Kohlenberg & Tsai (1991) realized that the therapeutic relationship played a crucial role in the progress of clients. These therapeutic relationships are established spontaneously in therapy, and they applied behavioural principles to explain the improvement of these clients (Kohlenberg & Tsai, 1994). This approach conceives the therapeutic session as one more space of the daily life, reason

why it can be combined with almost any type of therapy producing synergic effects when combining FAP with another approach. It shares certain similarities, for example, with the transference of psychoanalysis, as well as certain resistances of the client in session that conceal meanings that do not manifest themselves, all under the prism of evidence and analysis of radical behaviourism (Horvath, 2005; Kohlenberg, 2003a; Kohlenberg & Tsai, 1993; Kohlenberg, Yeater, & Kohlenberg, 1998; Tsai, Kohlenberg, & Kanter, 2010). On the other hand, this therapeutic process takes professionals to the limit of their own comfort zones, which often lead to emotional avoidance of both therapist and client. Likewise, leaving this comfort zone and taking risks is always guided by the compass of principles of conduct, ethics and the maxim of serving the client at all times to live a more valuable life. Given these assumptions, the therapist has the unique opportunity to use the therapeutic relationship to help the client develop more effective interpersonal skills when developing new live responses for subsequent functional generalization in the context of the client. In short, the therapist takes advantage of therapeutic interaction as the relational and verbal context in which to produce therapeutic changes. But when acting on the client, the client also acts on the therapist, the interaction is reciprocal, and the therapist must always keep in mind what changes it produces in the client and what changes are taking place in their own behaviour, as a therapist and as a person.

The purpose of FAP has been to provide a new perspective on how the therapist-client relationship contributes to the therapeutic benefits. That is, they analyse that interaction as a functional relationship with a set of contingencies that are maintained in the behaviour between the two. It begins with clinical observations in a natural way about the interaction of the therapist and the effects that it produces; and then uses the concepts of behaviour to explain these effects (Tsai et al., 2009). FAP has introduced a harmonic symbiosis between the scientific rigors that radical behaviourism grants and the value of the therapeutic alliance, with the purpose of addressing complex problems that arise in the therapeutic context.

The result of this rationale was a Functional Analytic Psychotherapy (FAP) (Kohlenberg & Tsai, 1991). Consistent with the analytical emphasis about the description of behaviour in terms of functions instead of topographies (Hayes & Follette, 1992), Kohlenberg & Tsai (1991) did not specify specific treatment techniques or an easily replicable FAP protocol; rather, they explained five functional rules to guide the therapist. The authors of this approach, Kohlenberg & Tsai (1991), integrate

their proposal with a traditional functional analysis in clinical contexts (Ayllon, Haughton & Hughes, 1965; Ferster, 1973) that includes in a novel and original way the shaping (reinforcement of successive approximations until approach a criterion) of the dysfunctional repertoire that the client shows during the clinical session, using the therapeutic relationship as a model of interpersonal relationship to generalize to other contexts.

The proposed mechanism for clinical change in FAP is that produced by the therapist contingently in session to the client's behaviour in the direction of therapeutic objectives following the five therapeutic rules. The so-called clinically relevant behaviours (CCRs) are determined from a functional conceptualization of the problems and objectives reported by the client for the intervention (see Kohlenberg & Tsai, 1991, for a more exhaustive discussion). The task of the therapist in FAP is to evoke and then respond contingent to problematic behaviours (CCR1) and to reinforce more adaptive behaviours (CCR2). The therapist reinforces and differentially increases the rate of CCR2 while trying to decrease the frequency of CCR1. Likewise, the therapist shape and reinforce the functional interpretations that the client makes about his own behaviour (CCR3).

Finally, these five rules mentioned provide a basis for responding to CCRs during the session in which the therapist observes the appearance of CCR1 (rule 1) or evokes a specific CCR1 (rule 2), responds appropriately to this client's behaviour (rule 3), verify that this response was a reinforcement for the client (rule 4) and finally the client has the ability to talk about what has just happened in therapy to include a related task in everyday life (rule 5). These clinically relevant behaviours are defined in collaboration with the client according to the goals of the therapy and the 5 rules will be a compass for the therapist, who will guide him throughout the intervention process.

FAP is an effective approach achieving clinical improvements in different contexts and conditions. FAP is especially indicated to improve social functioning, to improve complex clinical behaviours and problems of an interpersonal nature (Callaghan, Gregg, Marx & Kohlenberg, 2004). In the existing reviews and meta-analyses that findings from more than two decades of FAP are observed, such as, for example: Ferro García, 2008; Kanter, Tsai, y Kohlenberg, 2010a; Kanter et al., 2017; Mangabeira et al., 2012; Mangabeira, Kanter, y del Prette, 2012; Muñoz-Martínez et al., 2012; Ribeiro et al., 2013).

3. The FACT Protocol: An Integration of ACT and FAP

The final protocol that has been integrated will be described: strategies developed in ACT by Wilson & Luciano (2002); a brief version of ACT originally designed in the field of primary care (Strosahl, Robinson & Gustavsson, 2012); Functional-Analytic Psychotherapy (FAP; Tsai et al., 2009); and the research carried out in the workplace with Acceptance and Commitment Therapy (Flaxman, Bond & Livheim, 2013). This existing theory converges in FACT and the most important elements that have led to our 6 experiments, carried out in different contexts, are detailed. This protocol aims to build a bridge between the key processes based on the scientific evidence of a common philosophy (functional contextualism) with ACT and FAP. The final protocol has shown its efficacy and has been validated recently in a randomized control trial with public employees (Macías, Valero, Bond & Blanca, 2019).

The FACT protocol was delivered using an adaptation of the “2 + 1” format (Barkham & Shapiro, 1990). The philosophy of the intervention consisted of treating every session as the last one, inducing radical changes with a powerful relationship with the clients (emotional validation, positive reinforcement, awareness, courage and love) and seeking functional generalization. The core processes were: unworkable results of avoidance, acceptance of private experiences, promoting awareness, courage and love and the commitment to a meaningful life connected with the presence of distress. In the initial session we introduced the benefits of the program and what promotes culture (avoidance strategies). The control of the problem and experiential avoidance was described, along with individual functional analysis, clarification of values and commitment, creative hopelessness, and finally the self as context (acting with barriers). The second session focused on a brief summary of the previous session, including defusion exercises, encouraging awareness and willingness to deal with unpleasant private events (thoughts, sensations, feelings, and emotions), and perspective-taking through hierarchical deictic relations and distinction. FAP was integrated into all exercises, with the purpose of: a) evoke CRB1; b) reinforce CRB2 and promotes CRB3. The final session aimed at promoting commitment to value-based living (meaningful life), prevention of relapse, and acceptance of distress. All individual sessions included home practice assignments related to the content of each session along with exercises

and metaphors, with the purpose of producing functional generalization in their daily life. The extension to the schools was based on this original protocol adapted to the students and its language. Nevertheless, we used the same processes described and we just modified the form and not the function or scope.

4. Method: Six different studies applying FACT

4.1. Research 1: FACT training at the workplace: Two case studies

This time, the same brief intervention program based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is applied to improve the well-being and interpersonal relationships between two employees in a company. The intervention was carried out individually during a month and a half, with a total of four sessions with each client. In the first session, the pre-test measures were completed and in the last one the post-test. After three months, a follow-up session was carried out to examine the long-term effect of the intervention. The evaluation was carried out in the following dependent variables: the general health questionnaire (GHQ-12); the environmental reward observation scale (EROS); and the job satisfaction (EBP). The results showed improvements in all the variables evaluated. Qualitatively, the employees improved their personal and professional relationship and they have also improved their personal life by producing functional generalization in other areas (intimacy, personal relationships, family, friends). This procedure working with both employees showed great benefits for their job performance, better relationship between both employees and satisfactory atmosphere at work. The benefits of applying a short program based on two contextual therapies ACT and FAP are considered to improve psychological well-being, job satisfaction and the interpersonal relationship between two employees. Considerations about this program into the workplace are observed to produce benefits in the job performance.

4.2. Research 2: FACT training to enhance employee's well-being at the workplace

This study examines the effectiveness of a brief program based on the integration of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional Analytic Psychotherapy (FAP) to improve well-being, accessibility to personal reinforcement through values and satisfaction with their job. The employees belonged to an agricultural company and the initial sample was 25 employees, of which 15 met the inclusion criteria: scores above 12 in the GHQ-12 serves as a cut-off point. The 15 employees received the intervention program based on a brief program with the integration with ACT and FAP. The employees received 6 sessions; 4 individual and 2 in group format. They were evaluated with the general health questionnaire (GHQ-12); the environmental reward observation scale (EROS); and job satisfaction (EBP). The employees were evaluated before and after the intervention. The data performed with non-parametric Wilcoxon analysis showed an improvement in all the variables analysed. These changes were statistically significant for the general health variable ($p = .001$), the environmental reward scale ($p = .002$) and job satisfaction ($p = .002$). The benefits of applying a brief protocol with an intervention based on these two third-generation therapies to improve the general and occupational health of employees. The benefits of these results are considered as the starting point with the design of more effective strategies to improve mental well-being at the workplace with this novel protocol presented.

4.3. Research 3: The efficacy and effectiveness of FACT for public employees

In order to produce radical and brief changes in the participants, this intervention was carried out individually to work with functional analysis and examine whether the components used before in the other companies are effective improving well-being, burnout scores and personal life satisfaction. The aim of this study was to implement an individual brief program in the workplace, through the combination of acceptance and commitment therapy (ACT) and functional analytic psychotherapy (FAP) for public administration employees. One hundred and six employees from a Spanish city council filled out the pre-test measures and forty-three met the inclusion criteria. The scores of the participants in well-being, burnout, psychological flexibility, depression, anxiety,

stress and values were analysed in a in a pretest-posttest design with a waiting list control group and random assignment. Thirty-eight employees completed the intervention (group FACT = 19, waiting list control group = 19). An analysis of covariance (ANCOVA) was conducted on the dependent variables: GHQ-12 (well-being), MBI-GS (emotional exhaustion, cynicism and professional efficacy), AAQ-II-WAAQ (psychological flexibility), DASS- 21 (depression, anxiety, stress) and FAP SNAPSHOT (values). The effect of FACT intervention in post-test, after adjustment for covariate in pre-test, was statistically significant for GHQ-12, MBI-GS (emotional exhaustion and professional efficacy), AAQ-II, WAAQ and DASS-21 (anxiety and total score). No statistically significant differences were observed in depression, stress and cynicism subscales. The findings indicated that the FACT group showed a decrease in psychological distress as measured with the GHQ-12. This reduction led to a mean score equal to 8.11, which is below the cut-off point, which was the limit for presenting a risk of mental illness (Hardy et al., 2003). In contrast, the mean of the control group was equal to 15.79 (well-being), which corresponds with scores above the cut-off point. With respect to burnout scores, the FACT group showed statistically significant changes, with reduced emotional exhaustion and an increase in professional efficacy. Both of these are considered to be key aspects of burnout syndrome. Emotional exhaustion is a component of burnout and is linked with mental health (Maslach et al., 2001). Hence, the FACT intervention provides employees with skills to face distress and emotional exhaustion in order to diminish the scores above the cut-off point. These results are the first attempt to combine both psychotherapies into a unified model called FACT in the workplace and provide initial innovation and support for the incorporation of FAP at the workplace, as well as its integration with focused ACT to enhance well-being outcomes.

4.4. Research 4: The FACT protocol to improve student's well-being

Numerous studies have shown that Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional-Analytic Psychotherapy (FAP) are effective approaches to improve well-being in different clinical conditions and environments. The combination of ACT and FAP is known in international literature as FACT. This unified approach is an exceptional tandem sharing and converging key processes based on the evidence and

functional contextualism, to produce deeper and stables changes in people's mental health. With the aim of extending the evidence to other contexts, specifically to the academic arena, a brief protocol of three sessions with 94 students is applied. The students were randomly assigned in two experimental conditions; 50 to the experimental group and 44 to the control group, controlling sex variable. The variables measured were: psychological well-being (GHQ-12), satisfaction with life (SWLS), psychological flexibility (AAQ-II) and mindfulness (FFMQ), before the intervention and at the end of the intervention with both groups. The program was carried out over three one-hour sessions: the first two sessions were in consecutive weeks and the last after two weeks, following the format (2 + 1). The program was designed for students with the purpose of changing their relationship with their personal experiences (thoughts, emotions, feelings, memories) and facilitate a new, more flexible repertoire and improve their psychological well-being and commitment to their values. This program presented as an extension of our protocol with FACT (Macías et al., 2019). The results found indicated statistically significant improvements in the variables of psychological well-being and life satisfaction. In the analysis of covariance performed (ANCOVA) we found differences between the experimental groups compared to the control group, which did not obtain any improvements on the variables studied. In conclusion, the benefits of applying FACT and its effectiveness in academic settings to improve the psychological well-being of students with only three sessions are considered. The efficacy of FACT protocol into other contexts represent a promising hybrid to produce changes in brief periods and can lead into process-based therapy (PBT).

4.5. Research 5: Differences between ACT versus FACT to improve student's well-being

The evidence has shown how ACT and FAP interventions can be effective in different contexts. FACT has also been applied in the academic context with success. Although the literature shows that both models can act synergistically by improving the components of each, so far processes have not been isolated to show the effect of each model to the other. This study represents the starting point to determine the differences between both approaches rooted on the functional contextualism. The hypothesis of this research aims to clarify which variables are the most important in the therapeutic

change by observing the results of both interventions; the one with ACT and the other with FACT. Likewise, applying this intervention in group format and with a large number of students in the same classroom is an added challenge. All students in the first and second year of high school (16-19 age range; n = 112), they were randomly assigned into two groups: one group received ACT brief (n = 41), and the other group at first as a waiting list group, and after a second evaluation received the FACT program (n = 71). They completed a battery of pre-test questionnaires: GHQ-12 (psychological well-being), SWLS (satisfaction with life), AAQ-II (psychological flexibility), MAAS (mindful attention awareness scale) and AF5 (self-concept scale). The students completed the measures before the intervention and at the end. The FACT group after completing the questionnaires were assigned to a waiting list control group for a month. After one month they again completed the same measures to observe if there were time differences before the intervention. The ACT group was trained with another intervention designed only with processes based on ACT. The results indicated significant improvements in both interventions, considering ACT and FACT separately as an effective intervention. Nevertheless, the FACT group obtained changes in the self-concept scale, which is a relevant measure with important implications in other variables such as academic performance, well-being indicator, better relationships, less alcohol and tobacco abuse etc. In conclusion, the implications of applying FACT instead ACT are considered to improve self-concept and produce deeper and complex changes in the student's outcomes. These results could be the starting line for teaching ACT and FAP (FACT) always in combination instead ACT. Also, it can have implications with regard teaching other professionals the core processes based on contextual behavioural science (CBS) as a unified system.

4.6. Research 6: The efficacy of FACT protocol to improve student's well-being in another country: a replication study

In order to extend our knowledge to other contexts and the effect of FACT protocol in other countries, we replicated the findings found in Spain in Budapest. The replication in psychology and science should lead us to a better knowledge of science showing that our hypothesis can affect other populations with the same effect everywhere without frontiers. Every single repetition of an experiment could give us

information about the variables that may be affecting the results, what processes are universal and common to the human being (functional processes) and what conditions are necessary to obtain the same effects.

The aim of this current study is to examine the benefits of an intervention with FACT among high school students. To this end, an intervention with FACT was applied, which consists of only three sessions. The session protocol includes easy content to improve student's well-being. A total of 129 students completed the questionnaires for the study of two different cohorts in Budapest high school students. The students were randomly allocated into control group ($n = 63$) and FACT group intervention ($n = 66$). The tests in the analysis of unidirectional variance (ANOVA) revealed the following findings in relation to the hypotheses: The students who participated in the intervention with FACT obtained statistically significant levels in psychological well-being measured with the GHQ-12 instrument, satisfaction with life SWLS and FFMQ. The ANOVA results indicated a significant effect on the GHQ-12 scores; *Wilk lambda* = .824; $F = 12.9$ (2, 121) $p = .001$, $\eta^2 = .176$. Comparisons at follow-up indicated that the difference in pairs was significant. On the other hand, the results of the ANOVA also indicated a significant effect on SWLS scores; *Wilk lambda* = .92; $F = 4.55$ (2, 128) $p = .001$, $\eta^2 = .07$. Follow-up comparisons indicated that the difference in pairs was significant. Regarding the psychological flexibility measured with the AAQ-II, the participants in the intervention group did not show significant changes, which indicates that the mechanism of change is not the psychological flexibility with the processes that have been worked on. This is consistent with the Spanish replication that did not obtain benefits in this variable either. Finally, observing, not judging and acting consciously of the FFMQ instrument were statistically significant in the FACT group. The intervention was successful, in the variables (well-being, life satisfaction, mindfulness) compared to the control group. FACT applications are considered beyond the organizational context, extending their benefits in educational environments by replicating the protocol in other EU countries with success results. Furthermore, this protocol was almost identical in the variables studied in comparison with the control and experimental group in Spain. The benefits of our processes can open a new path of intervention showing promising results to extend our knowledge to other contexts by the replication of other research in other countries, offering reliability to our rationale and protocols.

4.7. Compliance with established hypothesis

Starting from the objectives and hypotheses proposed in this doctoral thesis from the beginning, as described in Chapter 3, we can review the degree of fulfilment of these objectives, and the confirmation or not of the general hypotheses initially proposed.

The first objective of testing the efficacy and effectiveness of a FACT protocol, consisting of an abbreviated symbiosis of FAP and ACT, we believe that has been successfully completed. Several studies have been conducted where all of them, from single case studies to group studies, have shown the efficacy of FACT by improving scores on the various instruments used, especially in general health and personal satisfaction. In this way, *General Hypotheses 1 and 2* have been confirmed by showing the best results both individually and in groups in workers, both agricultural and public administration. It has also been shown that this effectiveness is superior to a randomized control group. It has also been shown that effectiveness and efficiency in students, comparing FACT with control groups and waiting list groups, although in this case they were groups assigned by school conditions. Therefore, *General Hypotheses 3 and 4* have also been confirmed, showing that superiority in the results of the FACT group compared to the other groups.

The *second objective* that was to test the generalization of FACT in users with different characteristics has also been met with success, as the effectiveness of FACT has been demonstrated in different types of participants. It has shown its effectiveness with adults in agricultural and public administration work, as well as with different groups of high school students in different courses and at different levels. Thus, the first four studies have reconfirmed *General Hypothesis 4* by demonstrating the possibility of generalization across participants and contexts.

The *third objective*, which was to test the extension of FACT in different social contexts of application, has also been successfully achieved. The FACT protocol has shown superiority in all its results in different types of participants, and has been applied not only in Spain but also in groups in Hungary, thus confirming *General Hypothesis 5*, extending its usefulness to people from different contexts and cultures.

The *fourth objective*, which was to study the differential effect of FACT on ACT therapy alone, has been covered only in part. The results of the latest study have shown that both therapies applied briefly are equally effective, as opposed to a control group

on a waiting list, but each of them offers greater changes in some of the variables and not in others. Thus, it can be stated that *General Hypothesis 6* is only validated in some of these variables. Specifically, the FAP component, due to its therapeutic, personal, intimate and emotional relationship, seems to improve precisely those social, emotional and self-esteem relationships in students. On the other hand, ACT therapy alone improves aspects such as general health, satisfaction with life and full attention. It seems that each type of therapy affects some different aspects in its results, which we will discuss later in this section.

5. Conclusions

In this doctoral thesis, we compiled six researches carried out over three years in different contexts to examine the efficacy of FACT protocol. Firstly, our work was developed at the workplace with different organizations. This data found in the first attempt to introduce a series of key processes rooted in contextual therapies; specifically, acceptance and commitment therapy (ACT) and functional analytic psychotherapy (FAP). During these researches we had evidence showing that the components of FACT are useful and have benefits to improve well-being outcomes not only with employees, but also with students. Secondly, after the validation of this protocol with public employees (Macías, Valero, Bond & Blanca, 2019), the findings were adapted and extended to the academic context, carrying out a several successful investigations. In addition, we replicated our protocol with FACT in another culture.

Thirdly, this study indicates that only three sessions of the FACT intervention were needed to produce radical changes in well-being outcomes (A-Tjak et al., 2015) and produce a reduction of symptoms. Our results also support the effectiveness of ACT when used in brief periods (Butryn et al., 2011; Kohtala et al., 2015; Strosahl et al., 2012). This intervention provides preliminary evidence about the efficacy of brief interventions with FACT applied individually/group format at the workplace and schools. It also represents an attempt to adapt evidence-based interventions at the public system and their circumstances (high volume of users, repetitive work, high rates of distress, sick leave, absenteeism, academic failure).

Fourthly, the novel protocol presented here was designed to highlight the effectiveness of FACT and suggest a convergence and integration among models with

common philosophical roots, such as “functional contextualism”, seeking the same functions and purposes. This study aims to determine the underlying processes, instead of developing new approaches or protocols with different topographic techniques. This data led us to know a little more about essential components when conducting a research to improve psychological well-being with employees and students. Knowing which processes are the most relevant when working with people can lead us to develop more effective models to improve the human being quality of life.

Finally, the criticism about discriminant validity of AAQ-II measures are discussed in the conclusion because they are supposed to be the mechanism of change in ACT interventions (not concerning about the efficacy of this model but the psychological flexibility theory). Studies have found (Tyndall et al., 2019) that the instrument correlated more highly with distress variables. Therefore, a new mechanism of change will be proposed soon, perhaps based on RFT. The purpose of our intervention concludes that values, functional generalization contingent and positive reinforcement, therapeutic alliance closeness/ intimacy are key processes deeper than psychological flexibility to produce changes and the future should go in the direction to examine other mechanism of changes based on those variables. The next step will be to perform functional analysis of processes to determine which variables lead people to develop pathologies to design idiographic interventions spread in a group format with the same functional processes (Hayes & Hofmann, 2019) and mechanism of change. A new wave/era of therapy is emerging called process-based therapy, perhaps soon we can see the “4th generation therapies” based on transdiagnostic common core processes.

6. Discussion

The design strategies of methodologies in the laboratory to produce changes is the solution to continue evolving and improving as a contextual behavioural science (CBS). Creating the accurate conditions in the lab can lead to a great opportunity to implement better methods and processes with the purpose of improving the quality of life of the human being (this is the purpose of science). Functional contextualism seeks to predict and influence events using empirically based concepts and rules (Biglan & Hayes, 1996). This approach is rooted to the truth principle, extremely practical where those rules and principles are used to predict and influence events. The most effective

strategy to identify the variables and influence the behaviour is controlled experimentation.

However, developing research and methodologies that can follow laboratory results in a changing and complex world makes it difficult to emulate laboratory conditions. In a pragmatic attempt to safeguard rigor, using experimental conditions to extract reliable results has been our proposal. Nevertheless, in some situations, it has not been possible to continue with the plan outlined and we have had to be "psychologically flexible" to adapt quickly to the circumstances of the environment. The human being is more complex than a machine and the medical model can operate with the notion of symptom (cause-effect). But the human mind follows other rules because the causes from which the behaviour originated are not in the present. They are to be found in the past and in the contingencies that operated through history with multiple examples. It was a great mistake to adapt psychology into the same principles of the medical paradigm (see functional dimension approach chapter). Our psychology field developed several problems from this tradition, creating a large number of schools without a common paradigm to understand and treat human psychopathology. The cause is found in history, and we can only manipulate the present by training clients to relate through their personal history in a different way to those events. In addition, that history and those events are in continuous feedback with contextual clues, which makes them dynamic and changing.

In the next chapter, our line of research evolution, that has been following since 2015, which began by applying the first version of FACT in the organizational context, is presented. It has been improving over the years through the classic trial-error method. The protocol with FACT has shaped us and vice versa, due to the fact that researchers are subject to the same laws of learning as all species. The final result converges in a series of processes that have proven their effectiveness in the workplace with employees and recently with high school students. In our opinion, this model supposes a perfect symbiosis, which adapts to the changes of society. Is that not intelligence?

6.1. The development of FACT to improve psychological well-being in the workplace and schools

Throughout six studies carried out during these years in different contexts, we have obtained different conclusions. First, on the scope of intervention models used and second, about the clinical implications applying FACT to improve psychological outcomes. Also, mechanism of change is discussed at the end of this chapter. At the starting point, our work was developed in the workplace with different organizations. The data found in these investigations with employees led to a series of key processes rooted in contextual therapies; specifically, in acceptance and commitment therapy (ACT) and functional-analytic psychotherapy (FAP). Those processes that we consider essential to produce changes in short periods of time and components of both approaches were combined, resulting in the last protocol called FACT. After validating this protocol with public employees Macías et al., (2019), the findings were adapted and extended to the academic context, carrying out several successful investigations. In addition, we replicated our protocol with FACT in another culture with identical results (see research number 6). The results could be promising and the starting point of an evidence-based protocol model with the most important processes observed in both therapies; creating an indivisible and inclusive model. This could have implications: in basic psychology (what really works; addressed by RFT Törneke et al. (2015), clinical considerations in order to apply the best components to induce rapid changes and stables in long term and also to train other professionals.

At the beginning of this thesis, we started by applying some components of ACT and FAP separately. They had a coherence, but the protocol was not solidly developed (see experiment 1 and 2). The results of these first two studies suggested that third-generation therapies could be an effective option for improving psychological well-being at the workplace by increasing behavioural activation, improve relationships between employees in the same company and better workplace satisfaction. Also, this study shows how ACT and FAP can act synergistically to improve psychological well-being at work. As found by other ACT interventions performed at work (Bond & Bunce, 2008) and with FACT (Callaghan et al., 2004). It is important to highlight that this intervention is the starting point for the inclusion of FAP in the workplace. It is possible that the first rapid improvements, which occurred, were due to the intense therapeutic relationship established with all the employees as a vehicle for change. They

scored the intervention author with 10 points out of 10 on a subjective scale. This is consistent with the authors of the model Kohlenberg & Tsai (1991) proposed about the repercussions of the therapeutic alliance in the client's improvements. The shaping that was carried out based on the functional analysis was very deep, generating the ideal conditions for the change and the functional equivalence and generalization. However, the findings in our first research are the basic knowledge to keep growing and add evidence to our rationale. It is in the third application with public employees when all these processes are coherently organized to produce changes in short time periods.

This first intervention was based on the philosophy of ACT in brief periods of the authors: Strosahl, Robinson, & Gustavsson (2012) and they offered an abbreviated version of ACT based on the core processes designed within time-pressured primary care settings, with great results. The application of brief ACT with the integration with FAP resulted in FACT, now in an individual format. This presentation allowed us to extract and to isolate the most essential components that were clinically relevant to induce changes and improve the variables studied (psychological well-being, life satisfaction, burnout, anxiety, etc.). This allowed a quick adaptation and extension to the academic context with positive and promising results. The findings across three experiments indicated that the FACT group showed a decrease in psychological distress with employees and students measured. The results and data in GHQ-12 instrument indicate scores below the cut-off point of 12; which was the limit for presenting a risk of mental illness (Hardy et al., 2003). In contrast, the control group in our experiments did not improve in the variables studied. Psychological distress was the measure in all the studies across this thesis and the rationale of our purpose showing not only being a good measure to assess people's overall psychological well-being but also as a multidimensional scale that assesses several aspects of distress rather than a unitary screening (anxiety, self-esteem, stress and successful coping).

6.2. Commonalities of ACT and FAP

This intervention provides preliminary evidence of the efficacy of brief interventions with FACT applied individually in the workplace and schools. It also represents an attempt to adapt evidence-based processes with the integration of two contextual approaches with common philosophical roots. FAP and ACT converge in the

approach rooted in the clinical behaviour analysis (Dougher, 1993, Hayes & Bisset, 2000), where analysis behaviour in clinical populations is applied, assuming an evolution of traditional behaviour therapy including evidences of verbal behaviour or functional analysis of language (Pérez-Álvarez, 2004). Both FAP and ACT use basic behavioural principles, such as negative and positive reinforcement, avoidance, and apply those behavioural principles to thoughts, feelings and interpersonal interactions (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004).

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) are considered as two contemporary behavioural therapies designed to address complex clinical everyday problems. The combination of these two psychotherapies is called functional-analytic acceptance and commitment therapy (FACT). FACT highlights the strengths of FAP and ACT by focusing on the difficulties arising from experiential avoidance repertoires and the configuration of experiential acceptance skills with continuous reinforcement in session at the service of client values (Callaghan, Gregg, Marx & Kohlenberg, 2004). One therapy serves as a context for the other. This hybrid, called FACT (an abbreviated acronym formed simply by adding the two terms separately; Kohlenberg & Gifford, 1998), creates a broader and more comprehensive therapy, while remaining theoretically consistent and true to the objectives of each individual therapy. Both FAP and ACT use basic behavioural principles, such as negative and positive reinforcement, escape and avoidance; and apply the same philosophy to thoughts, feelings and interpersonal interactions (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg & Gifford, 2004). The unique contributions of FAP can be found in the meaning of therapeutic relationship (Kohlenberg, Yeater & Kohlenberg, 1998), a functional analytical explanation of behaviour (Follete, Naugle, Callaghan, 1996), the value of intimacy in human relationships (Kohlenberg, Tsai & Kohlenberg, 2006). The unique contributions of ACT can be found in the ubiquity of human suffering (Hayes et al., 1996), the relational frame theory (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), the focus based on the language and human struggle towards a meaningful life or psychological inflexibility (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). The symbiosis of both contextual therapies is rooted on common principles to understand that human suffering creates a perfect hybrid.

FACT seems to be more successful than when either therapy is used alone and has been effective in treating a wide variety of problems (see chapter 2, FACT review). This approach has been effective in treating a wide variety of problems, both in adults

and young people, for different clinical conditions, for example: psychotic symptoms, smoking cessation, anxiety, depression, stress, quality of life, aggressive behaviour, anorexia, personality disorder, among others: Baruch, Kanter, Busch & Juskiewicz, 2009; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford 2004; Gifford et al., 2011; Kohlenberg & Callaghan, 2010; Kohlenberg, Hayes & Tsai, 1993; Kohlenberg, Tsai, Ferro-García, Valero-Aguayo, Fernández-Parra, & Virués-Ortega 2005; Paul, Marx, & Orsillo, 1999; Luciano, 1999; Luciano, Valdivia-Salas, Gutiérrez-Martínez, Ruiz, & Páez, 2009; Martín-Murcia, Cangas-Díaz, & Pardo-Gonzalez, 2011; Novoa-Gómez, & Guzmán-Gutiérrez, 2008; Tirado et al., 2005; Tsai et al., 2009).

6.3. Differences found in our research among FACT versus ACT

In our study, both approaches (FACT vs. ACT) were effective in producing changes in three sessions in the outcomes (well-being and life satisfaction). Thus, FACT group obtains significant improvements in the academic, social and emotional self-concept. These findings in the FACT group (see experiment 5) could have different repercussions due to the importance associated with this scale. Positive outcomes were found in obtaining scores higher than the average proposed by the authors (García & Musitu, 1999); regarding academic, emotional and social self-concept. The academic self-concept has been related to academic performance ($r_{xy} = 0.60$). In addition, it has been associated with work quality, acceptance and positive relationships, the responsibility and leadership; and been negatively associated, with academic absenteeism and conflict. Furthermore, social self-concept has also been associated with social skills, self-control, feeling of well-being, less depressive symptomatology or anxiety, less alcohol or tobacco consumption (García, Herrero & Musitu, 1995). These dimensions are related to better psychosocial adjustment in adolescents, better personal skills and fewer behavioural problems (García, Pascual, Frías, Van Krunkelsven & Murgui, 2008).

This data possibly suggests that interventions with FACT are slightly higher than ACT to achieve results such as improvements in self-concept, an essential variable as indicated in the previous lines. In addition, FACT obtained an average effect size and the small ACT group in the AF5 variables (self-concept: academic, social and emotional), which means that it does not need a larger sample to increase its effect.

However, even if the data is higher for the FACT group in the self-concept variable, it would be necessary to test this hypothesis with a control group and carry out more studies.

This data has the possibility of being the starting point for the integration with ACT and FAP in a synergistic manner including the most important processes, both to train other professionals and clinical applications. Both brief programs, FACT and ACT, seem effective in improving the general health and satisfaction of the participants, although precisely because of the characteristics of each intervention, a model has more impact on some variables than on others. In this case, it could be stated that what the FAP component adds in this brief therapy would be the emotional relationship, since this therapy insists on the therapeutic relationship and intimacy as a context and vehicle for change and managing the individual's problems. However, the ACT component seems to act more on acceptance, psychological flexibility, full attention, values, and satisfaction with life that would be more specific to the purposes of this therapy. Thus, although they present differences in their outcomes, both are superior to control groups and waiting list groups. The abbreviated presentation together or separately manages to improve the satisfaction and general health of the people.

Finally, the findings presented here represent, in a novel way, interesting results about the applications of FACT in the academic context.

This intervention has proven to be an effective way for students to improve the dependent variables studied. However, there is still a way to establish common universal processes that are definitive to improve the quality of life of the human being in diverse populations, cultures and situations. Despite the fact that third-generation therapies are a useful intervention in the educational context, few studies have yet proven their usefulness (for example, Biglan et al., 2013, Jeffcoat & Hayes, 2012, McConachie et al., 2014). Its development and work could also have future implications to improve academic performance. Also, a knowledge transference to improve society. The usefulness of these models in students, particularly in relation to exam performance (our next purpose) and stress management, seems promising. Nevertheless, it has not been the objective of this doctoral thesis, because of its specificity, to study changes in specific problems of anxiety, depression, stress, or academic, etc., so it may be necessary to replicate this FACT protocol in students, but focusing on the benefits over study, improvement in academic grades, or reduction of stress and anxiety before exams.

6.4. Replication as the key aspect in the modern science: The efficacy of FACT in other culture

In science, replication is the process of repeating research in order to determine the extent to which findings generalize across time and across situations (Diener & Biswas-Diener, 2017). This line of work is placed in the same direction as the authors Klein et al. (2014) suggesting that replication is a method that safeguards scientific quality. These investigations showed 190 studies examined, and only 90 were replicated successfully, at a rate of 47%, even in almost identical populations and in the same conditions. This situation arises doubts on the current situation in psychology field, the protocols and their effect on other populations or places. Each repetition of an experiment could offer us information about the variables that may be affecting the results and what conditions are necessary to obtain the same effects.

The protocol with FACT seems to lead the way along our studies optimizing its processes from the first time (applied in the workplace) and extending our knowledge to other contexts and populations. There are already six interventions that support the effectiveness of FACT and a fourth with the replication that was carried out in Budapest in collaboration with “Schlosser & Frank Bond (Goldsmiths)”. This gives it validity and perhaps it is the starting point to continue developing this model.

Our replication (see experiment 6) aimed to test the effectiveness of FACT in students in order to improve psychological well-being, life satisfaction and mindfulness; replicate the findings found in the workplace with the same protocol Macías et al. (2019) in other contexts (academic setting). FACT was applied successfully in Spain across two years and at the same time in Budapest.

The findings indicate statistically significant results for the variables: psychological well-being measure with the GHQ-12, satisfaction with life in SWLS and the variables (observe, not judge and act consciously) of the FFMQ. On the contrary, the control group did not improve in any variable over time. The FACT group also improved over time obtaining an average of 12.95 in the post-test and 12.13 in the follow-up in the variable GHQ-12. Also, in the variable SWLS 23.8 in the post-test and 26.72 in the follow-up. This is consistent with the literature in which a delay pattern in the improvement has been observed due to the acceptance of discomfort (Luoma, Kohlenberg, Hayes & Fletcher, 2012). They did not obtain changes in psychological

flexibility (AAQ-II), which is consistent with the study carried out in Spain (experiment 4) suggesting another mechanism of change.

The data found in the replication of Budapest are almost identical to those collected in the Spanish student sample showing the same effect in 3 of 3 variables studied (GHQ-12, SWLS, AAQ-II) and the same $p < .01$. Regarding the subscale: "observing" in the FFMQ, which is considered essential in mindfulness according to the author Baer et al. (2008) that supports the hypothesis that the observation of internal stimuli is associated with a lower level of psychological problems. This evidence represents a first step from FACT to replicate certain processes in other cultures and examine the effect of the intervention.

Six interventions have been carried out that support the efficiency and effectiveness of FACT, the fourth being the replication carried out in Budapest in collaboration with Schlosser and Frank Bond (Goldsmiths), which gives great reliability and generalizability of the results obtained, not only by the total number of workers and students who have participated in the various studies (475 participants in total), but also because they have been compared against control groups and waiting list groups, and have been replicated with participants from different countries (Spain and Hungary) and different contexts of application (agricultural work, town hall, secondary schools and vocational training centres). The multiple replication, we believe, shows solidly the generalization of these results, and the possibility of applying this FACT protocol in other populations and participants with the same success.

7. Psychological Flexibility as a measure of distress instead experiential avoidance or mechanism of change

The idea that experiential avoidance or avoiding affect influences psychopathology is an ancient concept in clinical psychology (Binswanger, 1963; Freud, 1914; Mowrer, 1947). In addition, it is recognized by different psychological schools such as Psychoanalysis (Freud, 1966); Gestalt (Pearls, Hefferlie & Goodman, 1951); Client-Centered Therapy (Raskin & Rogers, 1989); Existential psychotherapy, (Yalom, 1980).

Acceptance and commitment therapy (ACT) proposed experiential avoidance as a common denominator of human psychopathology, positioning itself as a functional

diagnostic dimension (Hayes, Stroschal & Wilson, 1999, Luciano & Hayes, 2001, Wilson & Luciano, 2002). ACT treatment would be to decrease that experiential avoidance with an overriding goal of increasing psychological flexibility in clients (Hayes et al., 2012). This therapy has proven its effectiveness over a wide range of clinical conditions (A-Tjak et al., 2015; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Powers, & Emmelkamp, 2009). However, there is an open debate between experiential avoidance as both a process and an outcome (Chawla & Ostafin, 2007) and evidence has criticized the validity of the most commonly used self-report measure of experiential avoidance (Bond et al., 2011). This instrument has demonstrated across years the mechanism of change in ACT interventions (Gloster, Meyer & Lieb, 2017). Wolgast (2014) found that this measure has poor discriminant validity for experiential avoidance and questioned the validity of the AAQ-II because in its confirmatory factor analysis found that the elements of the instrument correlate more with measures of depression, anxiety and stress (DASS-21). This means that the AAQ-II can be considered more as a measure of psychological distress (Bond et al., 2011; Gamez et al., 2011; Tyndall et al., 2018) and negative affect instead experiential avoidance. Therefore, if it does not measure experiential avoidance, the mechanism of change could not be found in the psychological flexibility measure and did not mediate the effect on the other general health variables. This evidence reframes the current state of psychological flexibility as the mechanism of change. Considering this evidence this measure to be merely another measure that correlates with other measures of health. The AAQ-II appears to assess a construct somewhere between experiential avoidance and distress with problems with discriminant validity. In contrast, BEAQ instrument (Brief Experiential Avoidance Questionnaire) from the scientific point of view it is most reasonable to consider this test as a measure of experiential avoidance and it is an alternative whilst we develop more specific measures regarding mechanism of change. The answer to these doubts we may be found soon in the advances of the RFT that support the verbal processes underpinning ACT processes (see, Törneke et al., 2015).

8. Alternatives to other mechanisms of change

In our studies, we obtained inconsistent results on psychological flexibility, which suggest several important issues that make this unreliable. In the original

intervention at the workplace (Macías et al., 2019), positive results were obtained in psychological flexibility. In the academic settings we obtained only 1/3 in our experiments carried out. Although our main purposes using FACT were different from the psychological flexibility theory centred on the six core processes (acceptance, values, defusion, self as context, present moment, committed action), FACT was focused on processes involved with perspective-taking based on RFT (participation with hierarchical deictic framework) and not acting in coordination with the thoughts and private events, in addition to including the functional generalization from FAP, therapeutic alliance, etc. Along with this, there is further evidence pointing out that it is not necessary to produce changes in psychological flexibility to produce benefits in well-being variables (Glover et al., 2016, Niles et al., 2014). The AAQ-II inconsistency of the construct as described in the previous section leads to examine other aspects as a mechanism of change. These hypotheses perhaps could lead to charting a new path in order to discover new mechanism of change in interventions, such as those described above, and other processes based on the RFT (Törneke et al., 2015).

Therefore, other more complex change mechanisms based on other processes are proposed when including FAP. Our hypotheses are: values, functional generalization (Kohlenberg & Tsai, 1991), contingent reinforcement (Follette et al., 1996), therapeutic alliance (Martin, Garske, & Davis, 2000), closeness/ intimacy Kuczynski et al. (2019) are key processes deeper than psychological flexibility to produce changes in the other dependent variables. FAP Life Snapshot instrument (Tsai, Koklenberg, Kanter, Kohlenberg, Follete, & Callaghan, 2009) which measures personal values had a large effect size in our intervention ($\eta^2 = .57$) and the control group scored lower at the post-test time (see experiment 3). Therefore, personal values could be proposed as a mechanism of change assessed by FAP Life Snapshot.

Finally, the environment is also determinant to maintaining psychological problems. It is necessary to observe the variables of the context that maintain the problematic behaviour. Regarding interventions spreads in organizations, schools, families, it is essential to produce changes in the environment as long as research purposes are focused to produce long term effects. Considering that a behaviour is maintained if there is any source of reinforcement (positive or negative). Finally, the components (awareness, courage and love) convert the therapist into a mechanism of change itself. Another aspect to consider is, the therapist should be consistent and honest with their words because the therapist is a model. When the therapist talks about

personal relationships for example, they should show: closeness, empathy, emotional validation, positive reinforcement, intimacy and have these values with the client (imagine the therapist scrolling with the phone whilst the client is talking to him).

9. The future of intervention science: Process-Based Therapy and processes of change

We are in a new psychotherapy era where it seems that syndromic classification and protocols to treat syndromes, labels and interventions based on eliminating symptoms are almost dead. Clinical science seems to have reached a turning point. A new paradigm questioning the validity and usefulness of the biomedical model is beginning to emerge. According to Deacon's criticisms (2013), he ensures in his studies that no causes or biological markers for "mental disorders" have been found and there is no evidence that "disorders" are caused by a chemical imbalance. A new wave of evidence-based therapies is emerging strongly from a transdiagnostic approach (Hofmann & Hayes, 2018). Experiential avoidance (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001, Luciano & Hayes, 2001, Wilson & Luciano, 2002) has been positioned as a functional/ transdiagnostic and alternative diagnostic dimension to the traditional diagnostic classification. Traditionally, experiential avoidance has been defined as an inflexible pattern and the negative to establish contact with private experiences (thoughts, emotions, sensations, memories, feelings) and to carry out actions to alter the form or frequency of these events. The inflexible patterns from a functional perspective would be linked to multiple examples in which the individual acts blindly or in coordination with private events, which prevents discrimination between the difference between "I" and my thoughts / emotions, which emerges from their personal history. This pattern stuck and narrow the life of human being restraining us to be open to other functions that have a transcendent meaning. Inflexibility would be at the basis of many psychological problems as well as being a common psychological process in European cultures (Monestès et al., 2016). The advantage following a paradigm of science sharing common laws, such as experiential avoidance with the purpose of reducing the aversive functions of language that are common to all verbally competent organisms in order to build a more flexible repertoire to achieve personal values.

The novel protocol presented here was designed to highlight the effectiveness of FACT and suggest a convergence between models with common philosophical roots, such as “functional contextualism”. This study aims to lead into process-based therapy (PBT) or evidence-based therapy (EBT) centred on the underlying processes, instead of developing new approaches (Hofmann & Hayes, 2018). The purpose has not been to create a recipe for cooking. This protocol is designed with functional and ideographical elements common to all human beings (the law of effect, experiential avoidance, values, therapeutic relationship as a mechanism of change, acceptance, perspective taking, etc.). The functional analysis should be established ideographically since individuals with apparently similar problems may differ in the processes that led them (Fisher, Medalgia & Jeronimus, 2018), therefore if the processes are studied at a normative level and conclusions are drawn following general levels the analysis will be wrong (Hayes & Hoffman, 2019). Therefore, the protocols should be based on functional similarities, for example using group iterative multiple model estimation (Gates & Molenaar, 2012). One of the steps we have taken has been the attempt to create a model based on the most relevant processes according to basic research applied over years. Integrating this unified approach with the essential components in both therapies may be the future, and FACT may be an alternative for this.

10. Study limitations

As we have described before, an inductive process has been followed, progressing from one study to another, and trying to improve the conclusions obtained in one to design the next, eliminating some of its drawbacks, and trying to obtain maximum generalizability to the results obtained. However, these studies have several limitations that must be considered.

This study has several limitations that should be considered. Firstly, it has not been possible to administer follow-up measures to assess long-term improvements due to difficulties of the organizations. We only have tracking in the two cases studies, showing improvements consistent with the post-tests. However, empirical evidence supports the notion that a rapid response in the form of brief interventions is associated with long term progress and can improve symptoms and mental health (Bryan et al., 2010). Nevertheless, the acceptance of the suffering could lead to a delayed pattern of

improvements (Luoma, Kohlenberg, Hayes, & Fletcher, 2012). This aspect could benefit our intervention due the fact that post-tests were administered just after the last session. We found better results in the follow-up measures in the replication with students in Budapest. This point supports our hypothesis to induce rapid changes are correlated with long term improvements. Thus, a growing body of evidence have shown radical changes arising within the first two sessions (Doane, Feeny, & Zoellner, 2010). There are a number of misconceptions and myths concerning that longer treatments produce superior results compared to shorter treatments; for example, sixteen sessions of cognitive therapy for depression should produce longer-lasting reductions in depression and more than eight sessions of the same treatment. To prove this idea, Molenaar et al. (2011) conducted a study in which they found that the degree of symptom reduction and long-term improvements in social functioning was as good in a program with eight sessions as with sixteen. Thus, these studies suggest that short treatments are just as effective as longer treatments for the same disorder.

Secondly, the nonspecific factors have not been appropriately controlled in the waitlist control group regarding to isolate the variables unrelated to the intervention. Also, a classic study (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986) obtained very interesting results. They found that 15% of clients have experienced clinical improvements before arriving at the first session, which seems to be that the mere fact of seeking help contributes to feeling better. More than 50% of total therapy improvements are achieved by the 8th session. Authors Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen & Nielsen (2009) concluded that the number of sessions is not a significant predictor of clinical improvement and that change is not a linear process. Other results obtained are that the majority of clients in a study with more than 9,000 people complete psychotherapy before the 5th session and that the average number of visits was only one (Brown & Jones, 2005).

However, it is necessary to control the placebo effect and the improvements as a result of mere expectation in a credible treatment (Frank & Frank, 1961). On the contrary, in a review (Gaudiano, 2011) recorded 18 clinical trials of ACT and showed significantly greater effects than waiting lists/placebo and treatment as usual. Likewise, two key aspects about methodological safeguards against inference errors are: the use of instruments with international validation and random assignment (Gambrill, 2012). Both criteria have been covered in this intervention. As a solution to save these aspects

and increases methodological rigor, the authors suggest for the following interventions the use of active comparison groups versus waitlist control group.

Another limitation that this study presents concerns the implementation of group protocols entails the limitation of the individual functional analysis and the behaviour of interest for the trainers remains inaccessible and, therefore, it is outside the limits to modify them. Although the functional group analysis aims to be an orientation tool to normalize private events (extracting common functional processes between everyone) and how the human being responds to them. Although the background is different, the examples were taken in situ in the classroom with examples of students. This allowed us to derive functions, include self-revelations and bring experiential avoidance as a problem to all students.

Another limitation regards inconsistent improvements in mindfulness because were found changes only in the subscale of observing the FFMQ. This scale includes noticing and attending to both internal and external experiences: sounds, smells, sensations, and thoughts. The observation scale is considered key in mindfulness and Baer et. (2008) supports that the observation of these internal stimuli is associated with a lower level of psychological problems. Maybe it only improved this scale, because the program was especially useful in improving the relationship with their internal experiences (key processes in FACT protocol). Other data analyses may be carried out to determine the effect on this variable. The following year the MAAS scale was used and only produced significant changes in the ACT group and not in FACT (see experiment 5). This supports the hypothesis that both protocols have different objectives and slightly different results due to the differences found in the dependent variables (see commonalities of ACT and FAP; and differences found among FACT and ACT).

Finally, these three sessions brief protocol with FACT has been based on the evidence gathered from the individual functional analyses and the first interventions extracting common components to create a protocol based on functional processes. This program is a starting point with promising results to extend interventions based on key processes to produce changes in short time periods. This could lead adapting our knowledge to modern society. The purpose is to apply this philosophy of science in education systems through longitudinal projects such as Dixon (2013) with the purpose of contributing to the optimization of learning and teaching. Perhaps we are at the beginning of new generations trained with more flexible repertoires ready to solve future difficulties.

Capítulo 13

REFERENCIAS

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*, 30–36. doi: 10.1159/000365764
- Abouserie, R. (1994). Sources and levels of stress in relation to locus of control and self-esteem in university students. *Educational Psychology*, *14*(3), 323-330.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 49-74.
- Adams, H. E., & Cassidy, J. F. (1993). The classification of abnormal behavior. In P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.) *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (pp. 3-26). New York: Plenum Press.
- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J., & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 93– 101. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026455>
- American College Health Association. (2016). *American College Health Association-National college health assessment II: Canadian reference group executive summary spring 2016*. Hanover: MD.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: Author
- Andrews, B., & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, *95*, 509–521.
- Arco-Tirado, J. L., López-Ortega, S., Heilborn-Díaz, V. A., & Fernández-Martín, F. D. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*(3), 589-608.
- Armento, M. E., & Hopko, D. R. (2007). The environmental reward observation scale (EROS): development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, *38*(2), 107-119.

- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184-190. doi: 10.1016/j.pec.2009.04.008
- Ayllon, T., Haughton, E., & Hughes, H. B. (1965). Interpretation of symptoms: Fact or fiction?. *Behaviour Research and Therapy*, 3(1), 1-7.
- Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2012). Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification*, 36(2), 165-181.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27- 45.
- Balajti, I., Vokó, Z., Ádány, R., & Kósa, K. (2007). A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. [Validation of the Hungarian versions of the general health questionnaire] (GHQ-12). *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 8(2), 147-161.
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A., & Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose–effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 203-211.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). The psychology of chance encounters and life paths. *American Psychologist*, 37, 747-755.
- Barber, J. P, Connolly, M. B., Crits-Christoph, P. Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1027–1032.
- Barkham, M., & Shapiro, D.A. (1990). Brief psychotherapeutic interventions for job-related distress: A pilot study of prescriptive and exploratory therapy. *Counseling Psychology Reviews*, 3, 133-147.
- Barnes-Holmes Y, Barnes-Holmes D, McHugh L & Hayes SC (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., Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., & Luciano, C. (2015). *Relational Frame Theory. The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*, 115–128. doi:10.1002/9781118489857.ch8

- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., & Luciano, C. (2015). Relational Frame Theory: Finding its historical and intellectual roots and reflectin upon its future development: An introduction to Part II. In R.D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & Anthony Biglan (Eds.) *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*, (pp. 115–128). New York: John Wiley & Sons. doi:10.1002/9781118489857.ch8
- Barnes-Holmes, D., O’Hora, D., Roche, B., Hayes, S. C., Bissett, R. T., & Lyddy, F. (2001). Understanding and verbal regulation. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 103–118). New York, NY: Plenum.
- Barraca, J. & Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española: The Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, *16*(1), 95-107.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, *8*(3), 241-257.
- Bermúdez, M. A. L., Ferro G. R., & Calvillo, M. (2002). Una aplicacion de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, *28*, 553–583.
- Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L., & Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(5), 855–866. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016241>.
- Biglan, A. (1995). *Changing cultural practices: A contextualist framework for intervention research*. Nevada: Context Press.
- Biglan, A., & 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*, *5*(1), 47-57.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (2015). *Functional Contextualism and Contextual Behavioral Science*. . In R.D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & Anthony Biglan (Eds.) *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*, (pp. 37–61). doi:10.1002/9781118489857.ch4
- Biglan, A., & Hinds, E. (2009). Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*, 169–196.
- Biglan, A., & Kass, D. J. (1977). The empirical nature of behavior therapies. *Behaviorism*, *5*, 1-15.
- Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world. Selected papers of Ludwig Binswanger* (J. Needleman, Trans.). New York: Basic Books.

- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *65*(12), 1429–1437. doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1429
- Bliese, P. D., Edwards, J. R., & Sonnentag, S. (2017). Stress and well-being at work: A century of empirical trends reflecting theoretical and societal influences. *Journal of Applied Psychology*, *102*(3), 389-402.
- Block, J. A., & Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today*, *1*(2), 3-10.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *5*, 156-163.
- Bond, F. W., & Hayes, S. C. (2002). ACT at work. In F. W. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of brief cognitive behavior therapy* (pp. 117–140). Chichester, England: Wiley.
- Bond, F. W., Flaxman, P. E., & Bunce, D. (2008). The influence of psychological flexibility on work redesign: Mediated moderation of a work reorganization intervention. *Journal of Applied Psychology*, *93*, 645. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.645
- Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, *26*, 25-54. doi: 10.1300/J075v26n01_02
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*, 676–688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03 .007
- Bond, F. W., Lloyd, J., Flaxman, P. E., & Archer, R. (2015). *Psychological Flexibility and ACT at Work*. *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*, 459–482. doi:10.1002/9781118489857.ch22
- Bond, F.W. & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, *88*(6), 1057-1067.
- Bond, F.W. & Flaxman, P.E. (2006). The ability of psychological flexibility and job control to predict learning, job performance, and mental health. *Journal of Organizational Behavior Management*, *26*(1), 113-130.
- Bond, Flaxman, van Veldhoven & Biron (2010). *The impact of psychological flexibility and ACT on health and productivity at work*. In Houdmon & Leka (Eds).

Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research, education and practice. New York: Wiley-Blackwell.

- Boorman S. (2009) NHS. *Health and Wellbeing Review*. Department of Health: Leeds.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. A. Kring, & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (p. 107-136). New York: Guilford Press.
- Bowen, H. P., & Wiersema, M. F. (1999). Matching method to paradigm in strategy research: limitations of cross-sectional analysis and some methodological alternatives. *Strategic Management Journal*, 20(7), 625-636.
- Bowen, S., Haworth, K., Grow, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R. (2012). Interpersonal mindfulness informed by Functional Analytic Psychotherapy: Findings from a pilot randomized trial. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 9-15.
- Brown, G. S., & Jones, E. R. (2005). Implementation of a feedback system in a managed care environment: What are patients teaching us? *Journal of Clinical Psychology*, 61, 187-198.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Bryan, C. J., Corso, M. L., Corso, K. A., Morrow, C. E., Kanzler, K. E., & Ray-Sannerud, B. (2012). Severity of mental health impairment and trajectories of improvement in an integrated primary care clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 396. doi: 10.1037/a0027726
- Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 1-17. doi:10.1111/j.2044-8325.1997.tb00627.x
- Burmeister, M., McInnis, M. G., & Zöllner, S. (2008). Psychiatric genetics: progress amid controversy. *Nature Reviews Genetics*, 9(7), 527-540.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280-290. doi: 10.1016/j.beth.2008.07.003
- Butryn, M. L., Forman, E., Hoffman, K., Shaw, J., & Juarascio, A. (2011). A pilot study of acceptance and commitment therapy for promotion of physical activity. *Journal of Physical Activity & Health*, 8, 516-522. doi: 10.1123/jpah.8.4.516

- Byrd, D., & McKinney, K. (2012). Individual, interpersonal, and institutional level factors associated with the mental health of college students. *Journal of American College Health*, 60(3), 185–193.
- Caldera, J.F., Pulido, B.E. & Martínez, M.G. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos [Versión electrónica]. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 77-82.
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) system: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 357-362.
- Callaghan, G. M., & Gummesson, B. (2001). *Examining interpersonal relationship skills using an idiographic assessment device*. Poster session presented at the 81st Annual Meeting of the Western Psychological Association, Maui, HI.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195–207. doi: 10.1037/0033-3204.41.3.195
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(4), 321-339.
- Calle, R. (2005). *La meditación. Su práctica, sus métodos y sus efectos*. Madrid: Jaguar.
- Camero, F., Martín, F., & Herrero, J. (2000). Estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios [Styles and learning strategies in university students]. *Psicothema*, 12(4), 615–622.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BioMed Central Medicine*, 8(1), 38-51.
- Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A.B., Pérez-Fuentes, M.C., Molero-Jurado, M.M. & Gázquez-Linares, J.J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279. Doi: 10.1989/ejihpe.v5i2.118.
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
- Carrascoso, F. J. (2003). Eventos privados: una reconstrucción conceptual. *Apuntes de Psicología*, 21 (1), 157-176.

- Casier, A., Goubert, L., Theunis, M., Huse, D., de Baets, F., Matthys, D., et al. (2011). Acceptance and well-being in adolescents and young adults with cystic fibrosis: A prospective study. *Journal of Pediatric Psychology, 36*(4), 476–487. doi: 10.1093/jpepsy/jsq111.
- Casuso-Holgado, M. J., Cuesta-Vargas, A. I., Moreno-Morales, N., Labajos-Manzanares, M. T., Barón-López, F. J., & Vega-Cuesta, M. (2013). The association between academic engagement and achievement in health sciences students. *BioMed Central Medical Education, 13*, 33-40. doi:10.1186/1472-6920-13-33
- Cattivelli, R., Musetti, A., & Perini, S. (2014). L'approccio ACT-FAP nella promozione delle abilità sociali in adolescenti e preadolescenti con difficoltà emotive [The ACT-FAP training of social skills in adolescents and preteens with emotional difficulties. Psychology of the education]. *Psicologia dell'Educazione, 8*, 97-112. doi: 10.1037/0033-3204.41.3.195
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry, 26*(2), 118-126.
- Cöderstrom, C., & Spicer, A. (2015) *The Wellness Syndrome*. Cambridge, UK and Malden, MA: Polity.
- Center for Collegiate Mental Health. (2016). 2015 Annual Report. *American Psychologist, 61*, 581–594.
- Chase, J. A., Houmanfar, R., Hayes, S. C., Ward, T. A., Vilardaga, J. P., & Follette, V. (2013). Values are not just goals: Online ACT-based values training adds to goal setting in improving undergraduate college student performance. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*(3), 79-84.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 871-890.
- Cigrang, J. A., Dobbmeyer, A. C., Becknell, M. E., Roa-Navarrete, R. A., & Yerian, S. R. (2006). Evaluation of a collaborative mental health program in primary care: Effects on patient distress and health care utilization. *Primary Care and Community Psychiatry, 11*(3), 121.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.
- Corrigan, P. W., River, L., P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 187-195.

- Costello, E. J., Mustillo, S., Keller, G., & Angold, A. (2004). Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. In B. L. Levin, J. Petrila, & K. D. Hennessy (Eds.), *Mental Health Services: A public health perspective* (pp. 111–128). Oxford: Oxford University Press.
- Cox, T., Griffiths, A. J., & Rial-Gonzalez (2000). *Research on Work-related Stress*. Report to the European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*(4), 785–801.
- Daltry, R. M. (2015). A case study: An ACT stress management group in a university counseling center. *Journal of College Student Psychotherapy, 29*, 36–43. doi:10.1080/87568225.2015.976076
- Danitz, S. B., Suvak, M. K., & Orsillo, S. M. (2016). The mindful way through the semester: Evaluating the impact of integrating an acceptance-based behavioral program into a first year experience course for undergraduates. *Behavior Therapy, 47*(4), 487–499. doi:10.1016/j.beth.2016.03.002
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24*, 195–205. doi: 10.1023/A:1016014818163
- De los Heros, M. A. (2015). Psicología, psicoterapia y sociedad: reflexiones humanísticoexistenciales. *Avances en Psicología, 23*(1), 49–60.
- De Souza, D., Faverzani, R., Mamore, T. & Liberali, F. (2009). Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de Grande Porte da Região Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública, 25*(7), 1559–1568.
- Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 846–861. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.007
- Díaz, F., & Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe, 33*(1), 113–131.
- Diener K, Biswas-Diener R (2017). *The replication crisis in psychology*. Noba Textbook Series: Psychology, eds Biswas-Diener R, Diener E (DEF Publishers, Champaign, IL).

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71-75.
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: A systematic review and critical examination of “third wave” cognitive and behavioral therapies. *Behavior Therapy*, *47*, 886-905. doi: 10.1016/j.beth.2016.07.002
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, *14*(3), 546–553. doi:10.1007/s13311-017-0521-3
- Dixon, M. R. (2013). Don't stop believing: Journeys school. *Behavior Analysis in Practice*, *6*, 23–24.
- Djordjevic, A., & Frögéli, E. (2012). Mind the gap: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for preventing stress-related ill-health among future nurses. A randomized controlled trial. *Psykologprogrammet*, *9* (10), 1-32.
- Doane, L. S., Feeny, N. C., & Zoellner, L. A. (2010). A preliminary investigation of sudden gains in exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 555–560. doi:10.1016/j.brat .2010.02.002
- Dougher, M. J. (1993). Clinical behavior analysis. Introduction. *The Behavior Analyst*, *16*, 269-270.
- Edwards, K. J., Hershberger, P. J., Russell, R. K., & Market, R. J. (2001). Stress, negative social exchange, and health symptoms in university students. *Journal of American College Health*, *50*, 75–79.
- Eifert, G., McKay, M., & Forsyth, J. (2006). *ACT on life not on anger: The new acceptance and commitment therapy guide to problem anger*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Einstein, A. (2000). What I believe. In Alice Calaprice (Ed.). *The expanded quotable Einstein*. Princeton: Princeton University Press.
- Eisenbeck, N., & Szabó-Bartha, A. (2018). Validation of the Hungarian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Journal of Contextual Behavioral Science*, *9*, 80-87.
- Erawati, E., Triredjeki, H., & Sarwono, B. (2018). The influence of acceptance and commitment therapy on fulfillment of adolescent's mental health development task and their coping skills. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health*, *14*(3), 60-77.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, *33*(2), 179-188.

- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2018). Surviving and Thriving During Stress: A Randomized Clinical Trial Comparing a Brief Web-Based Therapist-Assisted Acceptance-Based Behavioral Intervention Versus Waitlist Control for College Students. *Behavior Therapy, 49*(6), 889-903.
- Eysenck, H. J. (1986). A critique of contemporary classification and diagnosis. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 73 -98). New York: Guilford Press.
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema, 12*, 445-450.
- Ferro, R. & Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas, 12*, 31-62.
- Ferro, R., Valero, L. & Vives, M. C. (2000). Aplicación de la Psicoterapia Analítico Funcional: Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*, 291-317.
- Ferro, R., Valero, L., & Vives, M. C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today, 7*, 1–18.
- Ferster, C. B. (1974). "A functional analysis of depression": Reply. *American Psychologist, 29*(5), 361-362. doi: 10.1037/h0038144
- Fine, K. M., Walther, M. R., Joseph, J. M., Robinson, J., Ricketts, E. J., Bowe, W. E., et al. (2012). Acceptance-enhanced behavior therapy for trichotillomania in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 463–471. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.10.002.
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D., & Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 115*(27), E6106-E6115.
- Fisher, S. (1994). *Stress in academic life: The mental assembly line*. Buckingham: Open University Press.
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 816-820. doi: 10.1037/a0020522
- Flaxman, P., Bond, F., & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An acceptance & commitment therapy training manual for improving well-being and performance*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 23*(4), 315-336.

- Foa, E. B., Steketee, G., & Young, M. C. (1984). Agoraphobia: Phenomenological aspects, associated characteristics, and theoretical considerations. *Clinical Psychology Review, 4*(4), 431-457.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy, 27*, 623-641.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Luciano, C. (2013). An empirical investigation of hierarchical versus distinction relations in a self-based ACT exercise. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 13*(3), 373-388.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Törneke, N., Luciano, C., Stewart, I., & McEnteggart, C. (2014). RFT for clinical use: The example of metaphor. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(4), 305-313.
- Force, A. T. (2006). APA presidential task force on evidence based practice. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(2), 223-235.
- Foulds, G. A. (1971). Personality deviance and personal symptomatology. *Psychological Medicine, 3* (1), 222-233.
- Fowers, B. J., & Davidov, B. J. (2006). The virtue of multiculturalism: Personal transformation, character, and openness to the other. *American Psychologist, 61*(6), 581-594.
- Frances, A. (2015). ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. *Papeles del Psicólogo, 36*(1), 74-76.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frankl, V.E. (1961). Dynamics, existence and values. *Journal of Existential Psychiatry, 2*, 5-16.
- Fredricks, J. A., Blumenfeld, P. C., & Paris, A. H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research, 74*(1), 59-109. doi: 10.3102/00346543074001059
- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. In J. Starchey (Ed., & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating, and working through. *Standard Edition, 12*, 145-156.

- Freud, S. (1966). *Introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(1), 137-156.
- Frögéli E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., & Gustavsson, P. (2015). A randomized controlled pilot trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for preventing stress-related ill-health among future nurses. *Anxiety Stress and Coping*, 29(2), 202–218. doi: 10.1080/10615806.2015
- Gambrill, E. (2012). *Critical thinking in clinical practice: Improving the quality of judgments and decisions*. Hoboken: Wiley
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23, 692–713. doi: 10.1037/a0023242.
- García, J. F., Pascual, J., Frías, M. D., Van Krunckelsven, D., & Murgui, S. (2008). Diseño y análisis de la potencia: los intervalos de confianza de las medias. *Psicothema*, 20(4), 933-938.
- Gates, K. M., & Molenaar, P. C. (2012). Group search algorithm recovers effective connectivity maps for individuals in homogeneous and heterogeneous samples. *NeuroImage*, 63(1), 310-319.
- Gaudiano, B. A. (2011). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) and recommendations for continued scientific advancement. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 8(2), 5-22.
- Gauntlett-Gilbert, J., Connell, H., Clinch, J., & McCracken, L. M. (2013). Acceptance and values-based treatment of adolescents with chronic pain: Outcomes and their relationship to acceptance. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(1), 72–81. doi: 10.1093/jpepsy/jss098.
- Gaynor, S. T., & Lawrence, P. S. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 79–101. doi: 10.1017/S135246580200108X.
- Gifford, E. V., & Hayes, S. C. (1993). *Functional Contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science*. In W. O'Donohue & R. Kitchener (Eds.), *Handbook of Behaviorism*. San Diego, CA, US: Academic Press, Inc.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and

- commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700-715. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.002
- Gil-Monte, P. (2005a). *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral de la sociedad de bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En P. Gil-Monte & B. Moreno-Jiménez (Comps.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2008). Evaluación psicométrica del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): el cuestionario "CESQT". En J. Garrido (Comp.), *¡Maldito trabajo!* (pp. 269-291). Barcelona: Granica.
- Gil-Monte, P. & Moreno-Jiménez, B. (2007) *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil, E., Luciano, C., Ruiz, F. J., & Valdivia-Salas, S. (2012). A preliminary demonstration of transformation of functions through hierarchical relations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 1-20.
- Gillard, D., Flaxman, P., & Hooper, N. (2018). Acceptance and Commitment Therapy: Applications for Educational Psychologists within Schools. *Educational Psychology in Practice*, 1-10.
- Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 166–171. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.02.003.
- Glover, N. G., Sylvers, P. D., Shearer, E. M., Kane, M. C., Clasen, P. C., Epler, A. J., & Jakupcak, M. (2016). The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. *Psychological Services*, 13, 156. doi: 10.1037/ser0000062.
- Gold, S. D., Dickstein, B. D., Marx, B. P., & Lexington, J. M. (2009). Psychological outcomes among lesbian sexual assault survivors: An examination of the roles of internalized homophobia and experiential avoidance. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 54-66.
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldfried, M. R., & Newman, C. (1992). A history of psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 46-93). New York: Basic Books.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in Organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.

- Gomero Cuadra, R., Palomino Baldeon, J., Ruíz Gutierrez, F., & Llap Yesán, C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. *Revista Médica Herediana*, 16(4), 233-238.
- Gómez, M. J., Valdivia-Salas, S., Páez-Blarrina, M., Gil-Luciano, B., Luciano, C., & Ruiz, F. (2014). Brief ACT protocol in at-risk adolescents with conduct disorder and impulsivity. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 301-332.
- Gómez, I. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica*, 6(1), 105-114.
- Gomez, S., Barnes-Holmes, D., & Luciano, M. C. (2001). Generalized break equivalence I. *The Psychological Record*, 51(1), 131-150.
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., & Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166.
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, M. D., & Pérez-Álvarez, M. (2018). Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema*, 30, 14-20. doi: 10.7334/psicothema2017.396
- Goodwin, C. L., Forman, E. M., Herbert, J. D., Butryn, M. L., & Ledley, G. S. (2012). A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. *Behavior Modification*, 36(2), 199-217.
- Gosch, C. S., & Vandenberghe, L. (2004). Análise do comportamento e a relação terapeuta-criança no tratamento de um padrão desafiador-agressivo. [Behavior analysis and the therapist-child relationship in the treatment of an aggressive-defiant pattern]. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 173-183.
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahe, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.009
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M., & Braga, F. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Información Psicológica*, 91-92, 64-79.
- Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W., & Ehrenreich, J. (2005). Integrating Acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders. In S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.) *Acceptance and Mindfulness-based Approaches to Anxiety* (pp. 301-322). Springer, Boston, MA.

- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., Hontoy, L. -M., & De Mondehare, L. (2016). L'efficacité de l'approche d'acceptation et d'engagement en regard de la santé psychologique et de l'engagement scolaire des étudiants universitaires. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 48(3), 222-231. doi: 10.1037/cbs0000040
- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35(4), 767-783.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1157- 1172.
- Halliburton, A. E., & Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1-11.
- Hardy, G. E., Woods, D., & Wall, T. D. (2003). The impact of psychological distress on absence from work. *Journal of Applied Psychology*, 88, 306-314. doi: 10.1037/0021-9010.88.2.306
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Harvey, L., Drew, S., & Smith, M (2006). *The first year experience: A review of literature for the higher education academy*. York: The Higher Education Academy
- Hawkins, R. P. (1979). The functions of assessment: Implications for selection and development of devices for assessing repertoires in clinical, educational, and other settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12(4), 501-516.
- Hayes SC & Berens NM (2004). Why relational frame theory alters the relationship between basic and applied behavioral psychology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 341-353
- Hayes SC, Barnes-Holmes D & Roche B (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Hayes SC, Gifford EC & Hayes GJ (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 21, 253-279
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV et al. (2004). A randomized controlled trial of twelve-step facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with polysubstance abusing methadone maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Hayes, S. C. (1976). The role of approach contingencies in phobic behavior. *Behavior Therapy*, 7, 28-36.

- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665.
- Hayes, S. C. & Bissett, R. T. (2000). Behavioral psychotherapy and the rise of clinical behavior analysis. In J. Austin & J. E. Carr (Eds.), *Handbook of Applied Behavior Analysis* (pp. 231-245). Reno: Context Press.
- Hayes, S. C., & Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment, 14*(3-4), 345-365.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2019). Focusing on the Correct Level of Analysis in Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science, 28*, 189-190.
doi:10.1177/2167702618818433
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1996). Criticisms of Relational Frame Theory: Implications for a behavior analytic account of derived stimulus relations. *The Psychological Record, 46*(2), 221.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., Masuda, A., Pistorello, J., Rye, A. K., Berry, K., & Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy, 35*, 821-835.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 45*, 237-256
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Gifford, E. V., & Wilson, K. (1996). Stimulus classes and stimulus relations: Arbitrarily applicable relational responding as an operant. In T. R. Zentall & P. M. Smeets (Eds.), *Stimulus class formation in humans and animals* (pp. 279-299). Amsterdam: Elsevier Science.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's world hypotheses: A study in evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 50*(1), 97-111.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., Reese, H. W., & Sarbin, T. R. (Eds.). (1993). *Varieties of Scientific Contextualism*. Reno, NV: Context Press.

- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., & Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. In S.C. Hayes (ed.) *Rule-Governed Behavior* (pp. 359-385). Springer, Boston, MA.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy, 35*(1), 35–54. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80003-0.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. Hayes & K. Strosahl (Eds.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1–30). New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & Stewart, S. H. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*(4), 553-578.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 141-168.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168.
- Hayes, S.C., Smith, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S.C. (1994). Content, Context and the types of Psychological Acceptance. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson; V.M. Follette & M.J. Dougher (eds.) *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. (Págs.: 13-32). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and Practice of Behavioral Assessment*. New York: Kluwer/ Plenum.
- Hays, P. A. (2001). *Addressing Cultural Complexities in Practice: A framework for clinicians and counselors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Henderson, S., Andrews, G., & Hall, W. (2000). Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(2), 197-205.
- Hernández-López M, Luciano MC, Bricker JB, Roales-Nieto JG, & Montesinos F (2009). Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, *23*, 723-730.
- Herrero, J., Musitu, G., & Gracia, E. (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social*, *10*(2), 191-204.
- Hill, K. T. (1984). Debilitating motivation and testing: A major educational problem, possible solutions, and policy applications. In P. Ames, & C. Ames (Eds.), *Research on motivation in education: Student motivation* (pp. 245–274). New York: Academic Press.
- Hilton, M. F., Whiteford, H. A., Sheridan, J. S., Cleary, C. M., Chant, D. C., Wang, P. S., & Kessler, R. C. (2008). The prevalence of psychological distress in employees and associated occupational risk factors. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, *50*, 746– 757. doi: 10.1097/JOM.0b013e31817e9171
- Hinton, D. E. (2006). Special Issue culturally sensitive CBT: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, *13*, 246–248.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, *239*, 37-50. doi: 10.1177/2167702618772296.
- Holman, G., Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2012a). Development and preliminary evaluation of a FAP protocol: Brief relationship enhancement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *7*(2–3), 52–57. doi: 10.1037/h0100937.
- Horvath, A. O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*, 365–372.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory: An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, *15*(1–2), 3–7. doi:10.1080/10503300512331339143.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, *41*(2), 159-164.

- Hwang, W.-C. (2006). The psychotherapy adaptation and modification framework. Adaptation to Asian Americans. *American Psychologist*, *61*, 702–715.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *1*(2), 138-155.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2), 295.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*(3), 255-270.
- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
- Jeffcoat, T., & Hayes, S. C. (2012). A randomized trial of ACT bibliotherapy on the mental health of K-12 teachers and staff. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 571–579.
- Jex, S. M., & Bliese, P. D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: A multilevel study. *Journal of Applied Psychology*, *84*, 349–361. doi: 10.1037/0021-9010.84.3 .349
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *39*(4), 463-467.
- Kanter, J. W., Manbeck, K., Kuczynski, A. M., Maitland, D. M., Villas-Bôas, A., & Reyes, M. (2017). A comprehensive review of research on functional analytic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, *58*, 141-156. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.010
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, *30*(6), 608-620.
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). Assessment and case conceptualization. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 37–60). New York: Springer.
- Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (Eds.). (2010). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York, NY: Springer.

- Kazdin, A. E. (1992). *Research Design in Clinical Psychology* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E., & Gutiérrez, M. G. G. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson.
- Kendell, R. E. (1975). The concept of disease and its implications for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 127(4), 305-315.
- Keogh, E., Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2006). Improving academic performance and mental health through a stress management intervention: Outcomes and mediators of change. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 339-357.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2008). The prevalence and correlates of workplace depression in the national comorbidity survey replication. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 381.
- Kihlstrom, F. (2002) To honor Kraepelin: From symptoms to pathology in the diagnosis of mental illness. In L.E. Beutler and M.L. Malik (eds). *Rethinking the DSM: A Psychological Perspective*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 279-303
- Kirby, F. D., & Shields, F. (1972). Modification of arithmetic response rate and attending behavior in seventh-grade student. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5, 79-84.
- Klein, R. A., Ratliff, K. A., Vianello, M., Adams Jr, R. B., Bahník, Š., & Bernstein, M. J. & Nosek, BA (2014). Investigating variation in replicability: A “many labs” replication project. *Social Psychology*, 45(3), 142-152.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., ... & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38(5), 689-703.
- Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (1998). FACT (FAP and ACT): *Clinical behavior analysts do it in-vivo*. In 24th Annual Meeting of the Association for Behavior Analysis. Orlando: Florida.
- Kohlenberg, B. S., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2006). Functional analytic psychotherapy and the treatment of complex posttraumatic stress disorder. In V. Follette & J. Ruzek (Eds.), *Cognitive Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 173-197). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, B. S., Yeater, E. A., & Kohlenberg, R. J. (1998). Functional Analytic Psychotherapy, the therapeutic alliance, and brief psychotherapy. In J. Safran, & C. Muran (Eds.). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 63-93). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Kohlenberg, R. J. (1974a). Directed masturbation and the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 349–356.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
Traducción al castellano en 2009, Málaga: Servicio Publicaciones UMA.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1993). Hidden meaning: A behavioral approach. *The Behavior Therapist*, 16, 80-82.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1995). Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. In W. O'Donohue & L. Krasner (Ed.), *Theories of Behavior Therapy: Exploring Behavior Change* (pp. 637-658). Washington: APA
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional Analytic Psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175–201. doi: 10.1037/h0101264.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. In V. M. Follette, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 305–320). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J., & Vandenbergh, L. (2007). Treatment resistant OCD, inflated responsi- bility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 80, 455–465.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & Tsai, M. (2002). Enhancing cogni- tive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 213–229.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy-based intervention for depressive symptoms delivered by master's degree level psychology students: A preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 360-373. doi: 10.1017/S1352465813000969
- Kuczynski, A. M., Kanter, J. W., Wetterneck, C. T., Olaz, F. O., Singh, R. S., Lee, E. B., ... & Manbeck, K. E. (2019). Measuring Intimacy as a Contextual Behavioral Process: Psychometric Development and Evaluation of the Awareness, Courage,

- and Responsiveness Scale. *Journal of Contextual Behavioral Science*. doi: 10.1016/j.jcbs.2019.02.004.
- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., Keefer, L., Krasner, S. S., Powell, C., & Katz, L. A. (2010). Rapid response to cognitive behavior therapy predicts treatment outcome in patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(5), 426-432.
- Langer, E. J., Fiske, S., Taylor, S.E., & Chanowitz, B. (1976). Stigma, staring, and discomfort: A novel-stimulus hypothesis. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, 451-463
- Lappalainen R, Lehtonen T, Skarp E, Taubert E, Ojanen M, & Hayes SC (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, 31, 488-511.
- Lee, M., & Larson, R. (2000). The Korean "examination hell": Long hours of studying, distress, and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 249-272.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- León-Quismondo, L., Lahera, G., & López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740.
- Levi L. & Levi I. (2000). *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Levin M & Hayes SC (2009). Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 380.
- Levin, M. E., Haeger, J. A., Pierce, B. G., & Twohig, M. P. (2016). Web-based acceptance and commitment therapy for mental health problems in college students: A randomized controlled trial. *Behavior Modification*, 1–22. doi: 10.1177/0145445516659645
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741-756.
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2007). Applying acceptance, mindfulness, and values to the reduction of prejudice: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(4), 389-411.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *Research Monograph*, 137, 201-201.

- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeltd, A., Rowse, J., ... Tengström, A. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies, 24*(4), 1016–1030.
- Lloyd, J., Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2013). The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work & Stress, 27*, 181-199. doi: 10.1080/02678373.2013.782157
- Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S., & Kraemer, H. C. (2005). A comparison of short-and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(7), 632-639.
- López, F.J. (2003). Jealousy: A case of application of Functional Analytic Psychotherapy. *Psychology in Spain, 7*, 86–98.
- López, S. R. (1997). Cultural competence in psychotherapy. A guide for clinicians and their supervisors. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570–588). New York: Wiley.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 335–343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Luciano C, Ruiz FJ, Vizcaíno Torres RM, Sánchez Martín V, Gutiérrez Martínez O, López López JC (2011). A Relational Frame Analysis of Defusion in Acceptance and Commitment Therapy. A Preliminary and Quasi-Experimental Study with At-Risk Adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*(2), 165-182.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta, 42*(165-166), 3-14.
- Luciano, C. M. Valdivia, S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo, 27*(2), 79-91.
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 109-157.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(1), 141-165.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Vizcaíno Torres, R. M., Sánchez Martín, V., Gutiérrez Martínez, O., & López López, J. C. (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in acceptance and commitment therapy. A preliminary and

- quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 165-182.
- Luciano C, Valdivia Salas S, Cabello Luque F, & Hernández López M (2009). Developing self-directed rules. In R. A Rehfeldt & Barnes-Holmes (Eds.), *Derived Relational Responding. Applications for learners with autism and other developmental disabilities* (pp. 335-352). Oakland, CA: New Harbinger.
- Luciano, M. C. (1999). La Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (102), 497-584.
- Luciano, M. C., Valdivia-Salas, S., Gutiérrez-Martínez, O., Ruiz, F. & Páez, M. (2009). Brief acceptance-based protocols applied to the work with adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 237-257.
- Luciano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luciano, M.C. & Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Roget, N., Fisher, G., Padilla, M., Bissett, R., & Kohlenberg, B. (2007). Augmenting continuing education with psychologically focused group consultation: Effects on adoption of group drug counseling. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 463-469.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 43–53. doi: 10.1037/a0026070
- Lutz, W., Stulz, N., & Köck, K. (2009). Patterns of early change and their relationship to outcome and follow-up among patients with major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 60-68.
- Macan, T. H., Shahani, C, Dipboye, R. L., & Phillips, A. P. (1990). College student' time management: Correlations with academic performance and stress. *Journal of Educational Psychology*, 82, 760-768
- Macías, J., Valero-Aguayo, L., Bond, F. W., & Blanca, M. J. (2019). The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema*, 31(1), 24-29.
- Macrae, C. N., Bodenhausen, G. V., Milne, A. B., & Jetten, J. (1994). Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality & Social Psychology*, 67, 808-817.

- Maitland, D. W. M., Kanter, J. W., Manbeck, K. M., & Kuczynski, A. M. (2017). Relationship-science informed clinically relevant behaviors in Functional Analytic Psychotherapy: The awareness, courage, and love model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 347-359. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.07.002
- Mangabeira, V., Kanter, J., & del Prette, G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 78–89. doi: 10.1037/h0100941
- Martín-Murcia, F., Cangas Díaz, A. J., & Pardo Gonzalez, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using third-generation behavioral therapies. *Clinical Case Studies*, 10(3), 198-209.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Martínez Carazo, P. C. (2011). El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista Científica Pensamiento y Gestión*, (20), 165-193.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo*, 32, 37- 44.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*, 2nd Ed. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 477-485.
- McConachie, D. A. J., McKenzie, K., Morris, P. G., & Walley, R. M. (2014). Acceptance and mindfulness-based stress management for support staff caring for individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1216–1227. doi: 10.1016/j.ridd.2014.03.005

- McCracken LM & Vowles KE (2007). Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: An examination of a revised instrument. *Journal of Pain*, 8, 339-349.
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2008). A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology*, 27(2), 215-220.
- McGrath, J. E. (1970). *Social and Psychological Factors in Stress*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking as relational responding: A developmental profile. *The Psychological Record*, 54(1), 115-144.
- Megivern, D., Pellerito, S., & Mowbray, C. (2003). Barriers to higher education for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 217.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. New York, NY: Pergamon.
- Meier, S. T. (2013). *Measuring Change in Counseling and Psychotherapy*. Guilford Publications.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191–206.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5-22.
- Minkin, N., Braukmann, C. J., Minkin, B. L., Timbers, G. D., Timbers, B. J., Fixsen, D. L., ... Wolf, M. M. (1976). The social validation and training of conversational skills. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9, 127–139.
- Misra, R., McKean, M., West, S., & Russo, T. (2000). Academic stress of college students: Comparison of student and faculty perceptions. *College Student Journal*, 34, 236–245.
- Molenaar, P. J., Boom, Y., Peen, J., Schoevers, R. A., Van, R., & Dekker, J. J. (2011). Is there a dose-effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning? *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 268–282. doi: 10.1348/014466510X516975
- Molina Linde, J. M. & Avalos Martínez, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1(1). Consultado el 4-10-2018 en <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php>
- Monestès, J. L., Karekla, M., Jacobs, N., Michaelides, M. P., Hooper, N., Kleen, M., ... & Villatte, M. (2016). Experiential avoidance as a common psychological process

- in European cultures. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(4), 247-257.
- Montesinos, F., Hernández, B., & Luciano, M. C. (2001). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 503-523.
- Moran, D.J. (2010). ACT for leadership: Using Acceptance and Commitment Training to develop crisis-resilient change managers. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(1), 68-77.
- Moreno, B., González, J. L. & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. In J. Buendía & F. Ramos (Eds.) *Empleo, Estrés y Salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Morris, Joan K., Derek G. Cook, A. Gerald Shaper. 1994. "Loss of Employment and Mortality". *British Medical Journal*, 308, 1135-1139.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of "conditioning" and "problem solving." *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Muñoz-Martínez, A. M., Novoa-Gómez, M. M., & Gutiérrez, R. M. V. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP) in Ibero-America: Review of current status and some proposals. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 96-101. doi: 10.1037/h0100943.
- Murphy, L. R. (1996). Stress management in work settings: A critical review. *American Journal of Health Promotion*, 11, 112-135. doi: 10.4278/0890-1171-11.2.112
- Muto, T., Hayes, S. C., & Jeffcoat, T. (2011). The effectiveness of acceptance and commitment therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior Therapy*, 42(2), 323-335.
- Nietzsche, F. W. (1947). *Obras completas de Federico Nietzsche: ensayo de una transmutación de todos los valores. La voluntad de dominio* (Vol. 9). Madrid: Aguilar.
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 45, 664-677. doi: 10.1016/j.beth.2014.04.006
- Nolen-Hocksema, S. (2004). *Mujeres que piensan demasiado: cómo evitar los pensamientos repetitivos y vencer la ansiedad*. Barcelona: Paidós.
- Noone, S. J., & Hastings, R. P. (2010). Using acceptance and mindfulness based workshops with support staff caring for adults with intellectual disabilities. *Mindfulness*, 1, 67-73.

- Novoa Gómez, M. M., & Guzmán Gutiérrez, D. (2008). Aplicación clínica de modelos terapéuticos no mediacionales en un caso de trastorno mixto del afecto. *Terapia Psicológica*, 26(2), 263-275.
- O’Hora, D., & Barnes-Holmes, D. (2004) Instructional control: Developing a relational frame analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 263–284.
- O’Hora, D., Peláez, M., Barnes-Holmes, D., Rae, G., Robinson, K., & Chaudhary, T. (2008). Temporal relations and intelligence: Correlating relational performance with performance on the WAIS-III. *The Psychological Record*, 58(4), 569-584.
- O’Toole, C., & Barnes-Holmes, D. (2009). Three chronometric indices of relational responding as predictors of performance on a brief intelligence test: The importance of relational flexibility. *The Psychological Record*, 59(1), 119-132.
- Omura, K. (2007). Situation-related changes of causal structures and the stress model in Japanese college students. *Social Behaviour and Personality*, 35(1), 943-960.
- Öst LG (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Páez-Blarrina M & Luciano C (2012). La integración de ACT y FAP en el trabajo con patrones rígidos de comportamiento [The integration of ACT and FAP at work with rigid behavior patterns]. In M Páez-Blarrina, & O Gutiérrez-Martínez (Eds.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso* (pp. 47-72). Madrid: Pirámide
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., & Luciano, M. C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2013). Postgraduate clinical psychology students' perceptions of an Acceptance and Commitment Therapy stress management intervention and clinical training. *Clinical Psychologist*, 17(2), 56-66.
- Paoli, P. & Merllié, D., (2000). *Third European Working Conditions. Survey European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J., & Vermeulen, G. (2007). *Fourth European working conditions survey, European foundation for the improvement of living and working conditions*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Paul, R. H., Marx, B. P., & Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30(1), 149-162.

- Pepper, S. C. (1942). *World Hypotheses: A Study in Evidence*. Berkeley: University of California Press.
- Pérez-Álvarez M (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33
- Pérez-Álvarez, M. (1996a). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas.
- Pérez-Álvarez, M. (1996b). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 98-112.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 291-310.
- Pérez-Alvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. P. (2008). Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*, 17-43.
- Pérez-Álvarez, M. P. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez, V., Gutiérrez, M. T., García, A. & Gómez, J. (2005). *Procesos psicológicos básicos: un análisis funcional*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Perls, F., Hefferline, G., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Dell
- Pettit, J. W., & Joiner, T. E. (2006). *Chronic depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pines, A. & Yafe, O. (2001). Unconscious determinants of career choice and burnout: Theoretical model and counseling strategy. *Journal of Employment Counseling*, 38(4), 170-84. DOI: 10.1002/j.2161-1920.2001.tb00499.x
- Pines, A. & Kafry, D. (1978). *Coping with burnout. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association*. Toronto: Canada.
- Pinker, S. (2000). *Cómo trabaja la mente*. Barcelona: Destino.

- Pledge, D. S., Lapan, R. T., Heppner, P. P., Kivlighan, D. & Roehlke, H. J. (1998) Stability and severity of presenting problems at a university counseling center: a 6-year analysis, *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 386–389.
- Polk, K. L., & Schoendorff, B. E. (2014). *The ACT matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. Oakland, CA: Context Press.
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Response to ‘Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons?’. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 380–381. doi: 10.1159/000235979.
- Powers MB, Zum Vorde Sive Vording, MB, & Emmelkamp MP (2009). Acceptance and Commitment Therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80.
- Prins, A., & Callaghan, G. M. (2002). *Functional Analytic Psychotherapy as an adjunctive treatment for a client meeting criteria for PTSD*. In Poster presented at the 36th annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Pull, C. B. (2008). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 55–60. doi: 10.1097/YCO.0b013e32831a6e9d
- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 78, 30–42. doi: 10.1016/j.brat.2016.01.001
- Raskin, N. J., & Rogers, C. R. (1989). Person-centered therapy In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp, 155-196). Itasca, IL: Peacock.
- Reifman, A., & Dunkel-Schetter, C. (1990). Stress, structural social support, and well-being in university students. *Journal of American College Health*, 38, 271–277
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. *Handbook of personal relationships*, 24(3), 367-389.
- Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Bridge, J. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: a two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1184-1190
- Ribeiro, A. S., Oliveira, S. R., & Borges, N. B. (2013). Análise da produção científica a respeito de Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). *Perspectivas em análise do comportamento*, 4(2), 106–121.
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 69– 93. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.69

- Robinson, P. J., & Reiter, J. T. (2007). *Behavioral Consultants and Primary Care: A guide to integrating services*. New York: Springer.
- Robotham, D. (2008). Stress among higher education students: towards a research agenda. *Higher Education*, 56(6), 735-746.
- Roche, B. (1999). 'New wave' analysis. *The Psychologist*, 12(10), 498-499.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Román, C. A., Ortiz, F. & Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina [Versión electrónica]. *Revista Iberoamericana de Educación*, 7 (46), 1-8.
- Rosenthal, B., & Wilson, W. C. (2008). Mental health services: Use and disparity among diverse college students. *Journal of American College Health*, 57(1), 61-68.
- Rouse, M. J., & Daellenbach, U. S. (1999). Rethinking research methods for the resource-based perspective: isolating sources of sustainable competitive advantage. *Strategic Management Journal*, 20(5), 487-494.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (3), 261-270.
- Ruiz, F. (2010) "A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10 (1): 125-162.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12, 333-357.
- Ruiz, F. J., & Odriozola-González, P. (2014). The Spanish version of the work-related acceptance and action questionnaire (WAAQ). *Psicothema*, 26, 63-68. doi: 10.7334/psicothema2013.110
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129. doi: 10.7334/psicothema2011.239
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M., & Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva? [From burnout to engagement: A new perspective]. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, 117-134.

- Sánchez-Cánovas, J. (2013). *Manual Escala de Bienestar Psicológico (3ª)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Sanchez-Lopez, M. P., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, *20*, 839-843. doi: 10.13140/RG.2.1.3240.4644
- Sandoz, E.K., Wilson, K.G., & DuFrene, T. (2010). *Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: A process-focused guide to treating anorexia and bulimia*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Sandoz, E. K., Kellum, K. K., & Wilson, K. G. (2017). Feasibility and preliminary effectiveness of acceptance and commitment training for academic success of at-risk college students from low income families. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *6*(1), 71–79. doi:10.1016/j.jcbs.2017.01.001
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinica y Salud*, *26*(3), 167-180.
- Schafer, W. (1996). *Stress Management for Wellness*. (3rd ed.) Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Schopenhauer, A. (1859). *El mundo como voluntad y como representación*. México: Porrúa.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, *138*(3479), 32.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C., & Plante, T. G. (2011). The moderation of mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(3), 267-277.
- Shepard, J. M. (1977). Technology, alienation, and job satisfaction. *Annual Review of Sociology*, *3*, 1–21. doi:10.1146/annurev.so.03 .080177.000245
- Shields, N. (2001). Stress, active coping and academic performance among persisting and nonpersisting college students. *Journal of Applied Biobehavioural Research*, *6*(2), 65-81
- Shirom, A. (1989) Burnout in work organizations. In Cooper, C.L. and Robertson, I., (Eds). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Wiley, New York, 25-48.
- Sidman, M. (2009). Equivalence relations and behavior: An introductory tutorial. *The Analysis of Verbal Behavior*, *25*, 5-17.

- Sidman, M. (1960/1978). *Tácticas de Investigación Científica*. Barcelona: Fontanella.
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., Van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 9(5), 474-488.
- Skinner, B. F. (1938/1975). *La Conducta de los Organismos*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B. F. (1953/1978). *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. Mexico: Trillas.
- Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. In B. Kleinmuntz (Ed.), *Problem solving: Research, method, and theory* (pp. 133–171). New York, NY: Wiley.
- Skinner, B. F. (1971/1987). *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona: Salvat.
- Skinner, B. F. (1974/1977). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507), 501-504.
- Skinner, B. F. (1982). Contrived reinforcement. *The Behavior Analyst*, 5, 3–8.
- Skinner, B. F. (1987). Whatever happened to psychology as the science of behavior?. *American psychologist*, 42(8), 780.
- Skinner, B.F. (1938/1975). *La conducta de los organismos: Un análisis experimental*. Barcelona: Fontanella.
- Smart, L., & Wegner, D. M. (2000). The hidden costs of hidden stigma. *The social Psychology of Stigma*, 220-242.
- Smart, L., & Wegner, D. M. (1999). Covering up what can't be seen: Concealable stigma and mental control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 474-486.
- Smyrnios, K. X., & Kirkby, R. J. (1993). Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1020.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J. & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9 (2), 87-98.
- Soler-Ribaudi, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Segovia, P., Carlos, J., Cebolla i Martí, Soriano, J., Álvarez, E., & Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 19-26.

- Spleen, A. M., Lengerich, E. J., Camacho, F. T., & Vanderpool, R. C. (2014). Health care avoidance among rural populations: Results from a nationally representative survey. *The Journal of Rural Health, 30*(1), 79-88.
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 592–613.
- Stalker, C., & Harvey, C. (2002). *Professional burnout: A review of theory, research, and prevention*. Canada: Wilfrid Laurier University.
- Stoecker, R. (1991). Evaluating and rethinking the case study. *The Sociological Review, 39*(1), 88-112.
- Stride, C., Wall, T. D., & Catley, N. (2007). *Measures of Job Satisfaction, organisational commitment, mental health and job-related well-being: A benchmarking manual*. Chichester: Wiley.
- Strosahl, K. D., & Robinson, P. J. (2015). *In this moment: Five steps to transcending stress using mindfulness and neuroscience*. New Harbinger Publications.
- Strosahl, K., Hayes, S. C., Bergan, J., & Romano, P. (1998). Assessing the field effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior Therapy, 29*, 35–63. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80017-8
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief Interventions for Radical Change: Principles & practice of focused acceptance & commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Sue, W. & Sue, D. (2003). *Counselling the Culturally Diverse: Theory and Practice* (5th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science, 4*(2), 73-85.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 965–978. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.002
- Szabo, T., & Dixon, M. (2016). Contextual behavioural science and education. In R. Zettle, S. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan, (Eds.) *The Wiley handbook of contextual behavioural science* (pp. 422–458). Chichester: John Wiley & Sons.
- Szasz, T. (2007). *The Medicalization of Everyday Life*. Selected Essays. New York: Syracuse University Press.
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist, 15*(2), 113.

- Takala, J. (2007). Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo: más de una década promoviendo la prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53(209), 05-08.
- Tanaka-Matsumi, J., Seiden, D., & Lam, K. (1996). The Culturally Informed Functional Assessment (CIFA) interview: A strategy for cross-cultural behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 215–233.
- Theodore-Oklota, C., Orsillo, S. M., Lee, J. K., & Vernig, P. M. (2014). A pilot of an acceptance-based risk reduction program for relational aggression for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 109–116. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.03.001.
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9-26.
- Thomas, D. (1952). *Do Not Go Gentle into That Good Night*. The Collected Poems of Dylan Thomas. New York: New Directions.
- Thorndike, E.L. (1911). *Animal Intelligence: Experimental studies*. Nueva York: MacMillan.
- Titchener, E. B. (1916). *A Text-Book of Psychology*. New York: MacMillan.
- Torneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Törneke, N., Luciano, C., & Valdivia-Salas, S. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141–156.
- Tsai, M., Fleming, A., Cruz, R., Hitch, J., & Kohlenberg, R. J. (2015). *Functional Analytic Psychotherapy (FAP): Using awareness, courage, love and behaviorism to promote change*. New York: Guilford.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., & Kanter, J. W. (2010). A Functional Analytic Psychotherapy (FAP) approach to the therapeutic alliance. In J. C. Muran, J. P. Barber, J. C. Muran, & J. P. Barber (Eds.). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 172–190). New York, NY: Guilford.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. New York: Springer. doi: 10.1007/978-0-387-09787-9
- Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Lacefield, K., & Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 145–154. doi: 10.1016/j.cpr.2009.10.005

- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2018). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.09.005.
- Valero-Aguayo, L., & Ferro-García, R. F. (2017). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. [Functional analytic psychotherapy. Functional analysis in the clinic session]. Madrid: Síntesis.
- Vandenberghe, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, 105–114.
- Vandenberghe, L., Ferro, C. L. B., & Furtado da Cruz, A. C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369–375.
- Vandenberghe, L., & Leite, U. D. R. (2018). Functional Analytic Group Therapy (FAGT) for Depression: a Pilot Study. *The Psychological Record*, 68, 231-238.
- Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533–542. doi: 10.1016/j.pain.2010.11.002
- Venkatraman, N., & Grant, J. H. (1986). Construct measurement in organizational strategy research: A critique and proposal. *Academy of management review*, 11(1), 71-87.
- Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2018). Pilot evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program to promote mental health skills in university students. *Journal of Clinical Psychology*. doi: 10.1002/jclp.22656
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239–260. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02024
- Wakefield, J. C., & First, M. B. (2003). Clarifying the distinction between disorder and nondisorder: Confronting the overdiagnosis (False-positives) problem in DSM-V. In K. A. Phillips, M. B. First, & H. A. Pincus (Eds.) *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 23-55). Arlington: American Psychiatric Association.
- Wall, R. B. (2005). Tai chi and mindfulness-based stress reduction in a Boston public middle school. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 230–237. doi: 10.1016/j.pedhc.2005.02.006.
- Waters, C. S., Frude, N., Flaxman, P. E., & Boyd, J. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for clinically distressed health care workers: Waitlist-controlled evaluation of an ACT workshop in a routine practice setting. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 82–98. doi:10.1111/bjc.12155

- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14.
- Whelan R & Barnes-Holmes D (2004). Empirical models of formative augmenting in accordance with the relations of same, opposite, more-than and less-than. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 285-302.
- White, R. G., Gregg, J., Batten, S., Hayes, L. L., & Kasujja, R. (2017). Contextual behavioral science and global mental health: synergies and opportunities. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(3), 245-251.
- Wilson, K. G. (2007). *The Hexaflex diagnostic: A fully dimensional approach to assessment, treatment, and case conceptualization*. Presidential address presented at the annual convention of the Association for Contextual Behavioral Science, Houston, TX.
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores [Acceptance and commitment therapy (ACT). A behavioral treatment oriented to personal values]*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2002). Psychopathology and psychotherapy. In S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.) *Relational Frame Theory: A post-skinnerian account of human language and cognition* (pp. 211-237). Boston, MA: Springer.
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones Filosóficas. Philosophische Untersuchungen*. Barcelona: Crítica
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45, 831–839. doi: 10.1016/j.beth.2014.07. 002
- World Health Organization. (2005). *Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. Geneva: World Health Organization.
- Yalom I.D. (1980/84). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Yalom, I. D. (2011). *La cura Schopenhauer*. Vicenza: Neri Pozza Editore.
- Zaleski, E. H., Levey-Thors, C., & Schiaffino, K. M. (1999). Coping mechanisms, stress, social support, and health problems in college students. *Applied Developmental Science*, 2, 127–137.

- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. In P. C. Kendall (Ed.) *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 73-118). New York: Academic Press.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). Component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Reports*, *61*(3), 939-953.
- Zettle, R.D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Chichester: Wiley Blackwell.

Anexo 1

Consentimiento informado Aprobado por CEUMA y Código Ético de Investigación

CEUMA: 47-2018-H



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Vicerrectorado de Investigación y Transferencia
Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga
(CEUMA)

Nº: 467

Nº de Registro CEUMA: 47-2018-H

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CEUMA

Reunido el Comité Ético de Experimentación en Málaga, el 30 de septiembre de 2018 ha evaluado la solicitud del proyecto denominado: **"Intervenciones contextuales para la mejora de las relaciones laborales."**, cuyo investigador principal es **D. Juan José Macías Morón**.

Una vez examinada la documentación presentada y verificados aquellos aspectos relacionados con la ética y la legislación en materia de investigación que se indican:

-Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.

- El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información al sujeto son correctos.

- La idoneidad del procedimiento experimental, especialmente la posibilidad de alcanzar conclusiones válidas de acuerdo con los objetivos establecidos.

- La capacidad del investigador principal y sus colaboradores los medios y las instalaciones previstas son apropiados para llevar a cabo dicho estudio.

- El alcance de las compensaciones y motivaciones previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

- Nota: Incluir en el procedimiento hoja de consentimiento informado de los padres y asentimiento de los participantes en el caso que sean menores.

Acuerda por consenso emitir Informe Ético FAVORABLE para dicho proyecto.



EFQM

AENOR



Pabellón de Gobierno, planta 3ª. Campus El Ejido. 29071. Tel.: 952 13 42 04
E-mail: ceuma@um.es

Anexo 2

Algunas de las metáforas usadas en la investigación

Versión Original: Wilson y Luciano (2001); Adaptación: Juanjo Macías, Muñoz, 2019.

Como se ha expuesto en el apartado de RFT, las metáforas han de adecuarse a la historia personal de cada cliente. La eficacia aumenta si los clientes se sienten identificados funcionalmente con el contenido, por lo que usar claves personales de la historia de cada persona aumentará la transferencia de funciones para su posible transformación. No obstante, y debido a las propiedades relacionales del lenguaje, las metáforas permiten abstraer mucha información en un solo ejemplo. Por tanto, existen algunas metáforas que pueden ser universales o usarse en la mayoría de los casos, como es la clásica de las arenas movedizas o del jardín. No se han incorporado todas las metáforas usadas en los protocolos por motivos de extensión. El objetivo tampoco es de manera topográfica o formal replicar el protocolo, si no establecer flexibilidad en la forma de acometer la intervención estableciendo unos procesos clave (aceptación, toma de perspectiva, valores, etc.). Asimismo, lo más importante en los procesos que se trabajen es la función, por lo que, lo importante a la hora de trabajar con las metáforas es establecer un marco de coordinación y que se transfieran las funciones que se pretenden transferir. Sería indiferente usar la metáfora de las arenas movedizas o la de luchar en el agua, dado que la función es la misma (si luchas te hundes). Tanto en la metáfora de las arenas movedizas como en la de hacerse el muerto, serán terapéuticas cuando la persona, ante la presencia de ansiedad, deje de luchar, aplicando la misma estrategia que aplicaría si cayera en arenas movedizas o al agua. Si la metáfora no estuviera bien establecida y las dos relaciones no se coordinan, no se dará el cambio terapéutico. Si yo tengo claro que quiero ir a Madrid, no importa el medio de transporte que utilice, lo importante es llegar. Los procesos y las funciones serán la brújula que guíe la intervención en base al análisis funcional. Por lo que, el proceso del control como problema o desesperanza creativa es lo más importante y la función que le demos a las metáforas.

Con los apartados hasta ahora expuestos, el lector ha de tener la flexibilidad suficiente para poder emplear su propio lenguaje y el del cliente para adaptar el contenido al análisis funcional. El terapeuta debe de estar lúcido, observando funciones y clases de respuesta para poder incorporarlas rápidamente en sesión. El propósito de las metáforas y de la intervención en sí es crear repertorios más flexibles que permitan al cliente establecer contacto con las nuevas funciones del momento presente en una dirección valiosa.

METÁFORA DE HACERSE EL MUERTO EN EL AGUA

¿Qué hay que hacer para hacerse el muerto? Nada.

Imagínate que esto de aquí fuera es un mar, entonces se cae alguien al agua que no sabe nadar y nosotros le gritamos: ¡No hagas nada y flotarás! ¿Qué crees que nos dirá él?, que estamos locos, que se ahoga, como no va a hacer nada. Entonces cuanto más patatea más se cansa, pero a corto plazo sube a la superficie y coge un poco de aire, pero con el coste de que cada vez está más cansado, su cuerpo y su mente le piden que patatee. ¿Qué te dice tu mente y tu cuerpo cuando tienes ansiedad?, que huyas, que te distraigas,

que te vayas a hacer deporte, que bebas alcohol. Pero... ¿Y si te digo que te hagas el muerto con la ansiedad?, quizás flotes.

Procesos sugeridos:

Control y lucha como problema, aceptación. Marco de coordinación entre patlear en el agua y huir de la ansiedad.

METÁFORA DE LAS ARENAS MOVEDIZAS

Luchar con la ansiedad es como luchar en las arenas movedizas. Intentas hacer todo lo que puedes para salir, moverte, patlear, luchar, aunque, ¿dónde conduce la lucha? ¿qué ocurre si luchas en las arenas movedizas para salir? Exacto. Cuanto más luchas, más te hundes. Con la ansiedad ocurre lo mismo, si intentas luchar para escapar de ella... Sin embargo, si entras en contacto con toda la superficie de tu cuerpo o te estás quieto en las arenas movedizas dejas de hundirte. Esto sería igual que si entras en contacto con tu ansiedad o te estás quieto cuando aparezca, sin tratar de evitar, escapar o luchar. ¿Dónde te ha llevado luchar? ¿Te atreves a hacer algo diferente para conseguir algo nuevo

Procesos sugeridos:

Control como problema, aceptación. Derivación de funciones aversivas a la lucha con los síntomas. Marco de coordinación entre luchar contra la ansiedad y luchar en las arenas movedizas.

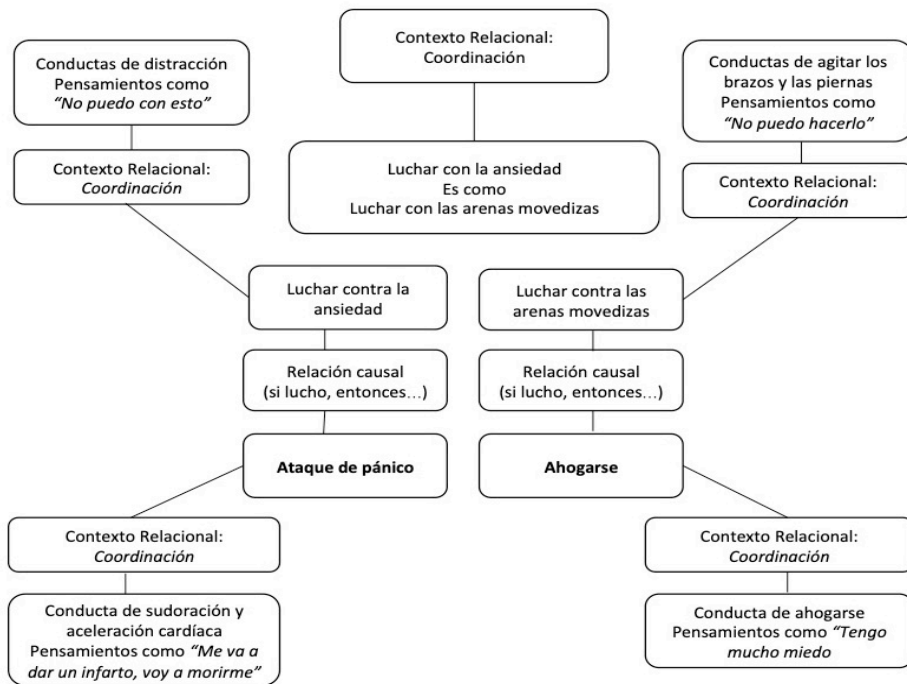


Figura 1. Ejemplo de una metáfora basada en la RFT (Foody et al., 2019); Adaptación y Traducción de Juanjo Macías, 2019.

ELEFANTE ROSA Y OLVIDA LOS NÚMEROS

Intenta no pensar en un elefante rosa. Vamos, intenta no pensarlo, controla no pensar en un elefante rosa. ¿Qué ocurre? ¿Has podido no pensar en un elefante rosa?

Procesos sugeridos:

Control como problema, desesperanza creativa. Fusión cognitiva.

RADIO

Imagina por un momento que tu mente es como una radio. Una radio que emite melodías y noticias. Como en cualquier radio, se pueden sintonizar emisoras que emiten melodías o noticias agradables (que nos gustan oír) y otras emisoras que nos resultan menos agradables. Imagina, que un día, mientras estas escuchando una de estas emisoras que te gusta oír, la emisora se cambia y pasa a otra más desagradable, donde hablan de cosas feas que han pasado o pueden pasar, etc. Rápidamente, vuelves a resintonizar la emisora que tenías puesta. Sin embargo, este cambio no dura mucho y la radio comienza a emitir de nuevo melodías y noticias desagradables. Lo que te hace enfurecer y volver a resintonizarla. Aunque nuevamente, vuelve a saltar la emisora desagradable. Y tú, en tus intentos por tratar de escuchar la emisora que quieres, repites este proceso una y otra vez. Incluso parece que mientras más veces la resintonizas, más rápido se vuelve a cambiar. Entonces, pruebas a hacer otras cosas: la tratas de desenchufar pero ella sigue funcionando, le echas algo por encima para tratar de tapanla y no escucharla, pero aún así, la sigues oyendo.

Parece que por mucho que hagas para tratar de eliminar esas emisoras desagradables de tu radio, no lo consigues. Al menos, de forma permanente. Sin embargo, si puedes quitarle poder y otorgártelo a ti mismo. No podemos cambiar o desconectar nuestra radio, pero sí podemos aprender a dejarla de fondo. Como cuando estas realizando una tarea muy importante y tienes tu música de fondo. Eres consciente de que hay música, pero tu atención esta tan dirigida a lo que estás haciendo en ese momento que la música pasa a estar a un segundo plano. De vez en cuando, seremos conscientes de la música que tenemos puesta de fondo, pero tu tienes la habilidad de volver a dirigir tu atención a la tarea que estas realizando. De este modo, aunque la radio dé malas noticias y siga emitiendo, no te engancharás con sus mensajes y serás una persona más libre para dirigirte hacia lo que realmente te importa.

Procesos sugeridos:

Control como problema, desesperanza creativa, aceptación, defusión, atención plena, valores. Marco de coordinación emisoras desagradables - eventos privados.

EJEMPLO DEL DIENTE ENFERMO

Si usted acude al dentista con un diente enfermo y el dentista echa un vistazo a su boca, hurga en ella, pincha y rasca, pero sólo toca los dientes que están sanos, la cita tal vez no sea dolorosa, pero tampoco habrá proporcionado ninguna utilidad para el diente enfermo. Si el dentista le cobra por ese trabajo, es posible que no le haya hecho ningún daño, pero, en realidad, le ha estafado: usted sale de la consulta con el mismo diente enfermo.

Adaptación de Macías, 2019.

Procesos sugeridos:

Marco de coordinación: malestar - valores. Derivación de funciones reforzantes a exponerse al sufrimiento.

METÁFORA DE LOS PASAJEROS DEL AUTOBÚS

Por un momento, imagínese que es el conductor de un autobús de línea. Y que como cualquier autobús tienen una dirección prefijada y una serie de paradas que debe de realizar. Entonces, comienza su turno y se pone en marcha. A medida que avanza irá parando en las distintas paradas y en cada una de ellas, se subirán y bajarán distintos pasajeros. Como es normal, usted es el conductor y no elige quién se puede o no subir al autobús. Imagínese que en una de estas paradas se suben unos temibles, horrorosos y peligrosos pasajeros que desde el primer momento comienzan a amenazarle con hacerle daño, tratan de que se desvíe de su dirección marcada y que pares en otros lugares. A pesar de ello, les planta cara, para el autobús y les obliga a que bajen. Una vez que han bajado, se siente tranquilo, ha podido echar esos pasajeros tan molestos. Eso sí, con el coste de tener que parar el autobús.

Pero esta tranquilidad no dura mucho tiempo, dos paradas más adelante vuelven a estar estos pasajeros incordiosos que le amenaza e insulta si no hace lo que ellos piden y dirige el autobús hacia donde ellos piden. Entonces, para no escucharlos más, usted hace un trato con ellos de que si se van al fondo del autobús donde apenas puedas verlos y se callan, tú llevaras el autobús donde ellos quieran.

Y así, nuevamente tranquilo, sigues conduciendo tu autobús, ¿pero quién lo está dirigiendo?

Dese cuenta de que acaba de abandonar su dirección marcada, sus valores, para no tener que estar en contacto con esos pasajeros, sus eventos privados que le producen malestar. Sin embargo, por muy fuertes, amenazantes y horribles que parezcan estos pasajeros, en ningún momento le han hecho nada de lo que dicen. Aunque tú, para no verlos has pactado con ellos hacerle caso para que así estén callados.

Dese cuenta que es usted quien conduce el autobús en todo momento, que ellos en ningún momento le han cogido el volante o han pisado el pedal de freno o acelerador.

Has perdido el control de su autobús por tratar de controlarlos a ellos. Y por consiguiente, ahora está más lejos de su dirección que antes.

¿Qué le parece si probamos a hacer algo diferente? ¿Qué le parece si dejamos de tratar de controlar a los pasajeros molestos? Ellos podrán seguir quejándose, amenazando pero eres tú quien maneja el volante. ¿Probamos a continuar en la dirección elegida a pesar de la presencia de esos pasajeros molestos?

Procesos sugeridos:

Control como problema, aceptación, defusión, valores y compromiso. Marco de coordinación entre pasajeros y malestar.

METÁFORA DEL AJEDREZ

Imagine por un momento un tablero de ajedrez donde hay fichas blancas y fichas negras. Ahora imagine que las fichas blancas son todo ese conjunto de eventos privados “agradables”. En cambio, las fichas negras representan los eventos privados “negativos”. ¿Qué fichas prefiere que gane? Claramente, elegirá las blancas y entonces

emprenderás un juego a modo de batalla en la que para hallar su bienestar debe de eliminar las fichas negras del tablero. Sin embargo, en contraposición de lo que le dice su lógica, su experiencia le dice que mientras más tratas de echar fuera esas fichas negras, más hay y más grandes se hacen.

Antes de seguir con esta batalla me gustaría que se planteara cómo es posible que usted sea las fichas blancas, cuando ambas fichas, blancas y negras, son lo mismo (pensamientos, sensaciones, emociones, etc.) En el caso de ser algo en esta partida, deberías ser algo diferente a las fichas, ¿no? Si no eres las fichas, ¿qué crees que podrías ser?

Efectivamente, eres el tablero. Eres el lugar donde se sitúan las fichas, donde tiene lugar la partida. Te hallas en un punto donde puedes observar todas tus fichas, desde este punto, no tienes que luchar contra nadie. Tú eres el tablero y puedes dirigirte en la dirección que quieras mientras transportas tus fichas.

Es posible, que muchas veces te des cuenta a lo largo de tu vida que te vuelves a subir a lomos de tus fichas blancas para combatir a las negras. Simplemente, sé consciente de ello y vuelve a tu posición de tablero. A la posición desde donde observas tus fichas pero donde tú no eres ninguna de ellas. Es más, eres más que eso, eres donde se posan las fichas.

Procesos sugeridos:

Control como problema, desesperanza creativa, defusión, aceptación. Desarrollo del Yo - Contexto, marco deíctico yo-tú (tablero - fichas).

METÁFORA DE LOS DOS PC'S

Imagínate que hay dos personas diferentes trabajando en un despacho, cada una en su propio ordenador. En una de las pantallas de un empleado empiezan a aparecer mensajes molestos todo el rato en la pantalla. Parecido a la publicidad que a veces nos bombardea por internet o como cuando aparecen anuncios cuando estamos viendo algo en internet. Esto puede ser como los pensamientos molestos que te aparecen: no vales, no puedes hacerlo, no sirves para nada, eres incapaz etc. El empleado intenta a toda costa eliminar estos mensajes, intentando apagar el ordenador, cambiándose de ordenador, pero cuanto más hace por eliminarlos, más aparecen. Al final del día ha perdido toda la mañana de trabajo intentando eliminar estos mensajes y no lo ha conseguido. En cambio, su compañero de trabajo ha tenido el mismo número de mensajes molestos, pero en lugar de intentar eliminar estas ventanas emergentes y malgastar tiempo ha seguido trabajando normal sin hacerle caso a estas ventanas.

Adaptación de Macías, 2019.

Procesos sugeridos:

Control como problema, desesperanza creativa, difusión, aceptación, valores. Relación de equivalencia entre eliminar los anuncios y eliminar el malestar.

METÁFORA DEL JARDÍN

“Supongamos que cada uno de nosotros somos jardineros, adoramos nuestras plantas, las plantas son las cosas que queremos en nuestra vida. Hemos seleccionado un lugar para plantar nuestro jardín, hemos distribuido las plantas dejando más terreno para las

que más nos gustan, para las que queremos que más crezcan y menos espacio para las plantas que no son tan relevantes para nosotros. Hemos preparado la tierra, plantado semillas, algunas han brotado, unas con más fuerza, otras con menos... Y claro, algunas plantas importan más que otras, puede no ser lo mismo que se seque uno de los geranios a que se seque un rosal, el rosal puede que sea una de las plantas que más importen, que se cuide con más mimo... Ahora dime, ¿cuáles son tus áreas o facetas de valor, como si fueran las plantas de tu jardín?, ¿Cuánto te importa cada una de ellas?... Fíjate que no te pregunto cómo están actualmente, sino qué sector ocupan en tu terreno, te pregunto sobre el valor que ellas tienen para ti". "Entonces, tenemos la planta de tu pareja que te importa mucho y le das una importancia de diez sobre diez, el ámbito laboral que le has dado una importancia de ocho, la planta de... Ahora bien, dime, actualmente ¿cómo están las plantas de tu jardín, están frondosas o más bien mustias?... Si las plantas hablaran del jardinero ¿qué crees que dirían? ¿Dirías tú que el jardinero está poniendo todo el abono necesario, que el trabajo que está haciendo es suficiente según la importancia que cada una de sus plantas tiene?... Ahora te pido que mires tu comportamiento como jardinero y que me digas de cero a diez lo fiel que estás siendo con tus plantas..."

"Como en cualquier jardín, además de las flores que sembramos, también aparecen plantas desagradables, las que de alguna manera no te están dejando cultivar las plantas que más quieres... Vendrían a ser las malas hierbas del jardín, éstas que crecen y lo ponen feo. Y dime tú como jardinero, ¿qué haces con la mala hierba que aparece en tu jardín?... Apenas ves que están apareciendo, rápidamente te afanas en arrancarlas ¿verdad?... Y hacer esto rápidamente ¿hace que la mala hierba desaparezca por completo?... Desaparece a la corta pero a la larga, al otro día, qué pasa... ¿otra mala hierba?, ¿En otro lugar? Y entonces, tú rápidamente a arrancarla... y de nuevo... En tu experiencia, ¿consigues erradicar por completo la mala hierba?"

"Tal vez, sería más efectivo que dedicarás tu tiempo a lo que realmente le da sentido a tu jardín. A todas esas plantas que has sembrado y que tanto quieres verlas lucir. Sí, habrá malas hierbas. Pero qué prefieres: ¿un jardín florecido a pesar de que haya malas hierbas? O ¿un jardín sin malas hierbas pero donde las flores que te importan están mustias? Ahora, puedes elegir qué jardinero quieres ser."

Procesos sugeridos:

Control como problema, desesperanza creativa, aceptación, valores. Marco de coordinación entre jardín y valores; eliminar malas hierbas y eliminar malestar.
Derivación de funciones aversivas a no cuidar el jardín.

EJERCICIO DEL LIMÓN

Le pedimos al cliente que cierre los ojos y que imagine un limón. Le preguntamos por el color, textura, etc. Que lo coja con las manos y lo ponga en la mesa, coja un cuchillo y lo parta por la mitad, seguidamente que coja una mitad y se la aproxime a la boca y estruje unas gotas en su boca.

Con este ejercicio los clientes sentirán el jugo del limón en sus bocas, y era solo un pensamiento, imagínate aquellos pensamientos tan molestos lo qué nos harán si llegamos a tomarlos como si de una verdad absoluta se tratase.

Adaptación de Macías, 2019.

Procesos sugeridos:

Control como problema, defusión. Literalidad del lenguaje.

METAFORA DE LOS MONJES BUDISTAS

Cuenta una metáfora budista que un día iban caminando dos monjes por la rivera del río y que a mitad del camino se encontraron con una mujer que trataba de cruzarlo sin éxito. Ante tal situación, uno de ellos se apresuro a ayudarla y montando sobre su espalda la ayudo a cruzar. Un gran gesto a pesar de la filosofía budista prohíbe tener contacto con cualquier mujer.

Tras este suceso, ambos retomaron el camino y se marcharon.

Al cabo de unos días, el otro monje enfurecido se dirigió a su compañero que ayudó a la mujer y le recriminó como había sido capaz de realizar tal acto en contra de su filosofía.

A lo que el monje respondió: “yo la solté en el río, tú aún cargas con ella”.

Adaptación de Macías y Muñoz, 2019.

Procesos sugeridos:

Fusión cognitiva, aceptación.

EJERCICIO DEL CUMPLEAÑOS

Por un momento imagina que te encuentras ahora mismo en tu 75 cumpleaños y que estás en mitad de su celebración. Te encuentras rodeado muchas personas, de esas personas que son importantes para ti: familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, conocidos. Y entonces, después de soplar las velas, cada uno de estos invitados comienzan a hablar y a dedicarte unas palabras. Trata de ser consciente de qué te dice cada persona. Qué aspectos destacarían de ti y de tu vida. Trata de comprender que significa cada una de las palabras que te han dedicado.

Observa como te sientes al oír a cada una de estas personas importantes dedicar unas palabras acerca de ti.

Hoy, no estamos en tu 75 cumpleaños. Pero hoy sí es el mejor día para poder dar paso en dirección a estar mas cerca de la persona que han definido los invitados de tu 75 cumpleaños.

Procesos sugeridos:

Valores y compromiso. Regulación tipo augmenting.

METÁFORAS PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Metáfora del caballo muerto

Es Imagina que estas en un hipódromo presenciando una carrera de caballos. Salvo que en esta carrera solo hay dos caballos. Uno es un caballo joven, fuerte, veloz e irradia energía. Mientras que el otro caballo esta tumbado en el suelo, no responde a las llamadas... vamos, que está muerto.

¿Qué caballo crees que ganara la carrera?

Aunque la respuesta es evidente. Realmente, no sabemos si el joven caballo ganará o no la carrera puesto que no sabemos qué puede pasar en el transcurso de esta. Sin embargo, lo que sí sabemos con seguridad es que apostar por el caballo muerto es una apuesta perdida.

¿Por qué caballos apostarías?

Procesos sugeridos:

Desactivar la agenda de control, valores y compromiso. Derivación de funciones aversivas al mantenimiento de comportamiento que en el pasado han demostrado no ser eficaces. La agenda de control. Derivación de funciones reforzantes a conductas de apertura a la experiencia.

Metáfora de la bicicleta

¿Cómo crees que llegan a convertirse los aficionados al ciclismo en unos fenomenales ciclistas?

Evidentemente, para llegar a ser un excepcional ciclista se necesita muchas horas de práctica. Y solo aquellos que se entrenen haya sol o llueva, se convertirán en mejores ciclistas que aquellos que solo salen a rodar los días de sol.

¿Y qué tipo de ciclistas crees que se habrán caído más a lo largo de toda su vida pedaleando? ¿El ciclista que solo coge la bici una vez al año o el ciclista que sale a pedalear todos los fines de semana?

Claramente, los ciclistas más asiduos tendrán un mayor porcentaje de caídas. Pero lo importante no es caerse. Sino volverse a levantar y seguir pedaleando. Seguir disfrutando de su pasión.

Procesos sugeridos:

Valores, compromiso con la dirección elegida. Marco de coordinación entre caer de la bicicleta y seguir avanzando y tener una recaída y volver a la dirección de valor.

Subir una montaña

Es como si me dices que para ti es muy importante escalar montañas. Intentas subir sierra nevada y lo consigues con éxito, el Teide y también, pero ya llega el Everest y fracasas. Entonces eliges dejar de escalar porque prefieres no pasarlo mal, aunque la escalada sea para ti toda una pasión. En lugar de levantarte y decir: “Eh que para mí es muy importante escalar, voy a seguir intentándolo pese haber tropezado una vez”. Además, verás como otros escaladores si consiguen ascender a las montañas que tú no has podido y claro, tu mente te dedicará unas bonitas palabras: “tú no puedes, ríndete, ellos son mejores que tú, quizás no valgas para esto, tienen razón, etc.”. Por lo que tu vida pasará a estar al servicio de controlar el malestar en lugar de estar al servicio de aquello que quieres lograr en tu vida. Y cuando te quede poco de vida, te acordarás que fuiste un escalador en el que sus miedos dirigieron su vida.

Puedes pasar toda una vida esperando a que tu mente te diga: “Puedes hacerlo”, o simplemente puedes ponerte en marcha aunque tu mente te diga que no puedes.

¿Crees que todos los escaladores que suben al pico de las montañas sus mentes le dicen que van a lograrlo?, ¿Qué te dice tú experiencia? ¿Has logrado alguna vez algo aunque tu mente te decía que no lo ibas a lograr?

Adaptación de Macías, 2019.

Procesos sugeridos:

Aceptación, defusión, valores y compromiso.

Anexo 3

Cuestionario de Salud General de Goldberg

General Health Questionnaire-12 (GHQ-12; Goldberg, 1992).

Versión Española: Sánchez-López & Dresch (2008).

Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

1. **¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?**
Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual
2. **¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?**
No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
3. **¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida**
Más útil que lo habitual Igual que lo habitual Menos útil que lo habitual
Mucho menos útil que lo habitual
4. **¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**
Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual
5. **¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?**
No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
6. **¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?**
No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
7. **¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**
Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual
8. **¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?**
Más capaz que lo habitual Igual que lo habitual Menos capaz que lo habitual
Mucho menos capaz que lo habitual
9. **¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?**
No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
10. **¿Ha perdido confianza en sí mismo?**
No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
11. **¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?**
No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual
12. **¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?**
Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

Anexo 4

Cuestionario de Aceptación y Acción

*Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II; Bond et al., 2011).
Versión Española: Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas, & Beltrán, (2013).*

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado es verdadera para usted. Use la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

Afirmación:	1	2	3	4	5	6	7
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría							
2. Tengo miedo de mis sentimientos							
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos							
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena							
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida							
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo							
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir							

Anexo 5

Cuestionario de Aceptación y Acción Relacionado con el Trabajo

Work-Related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ; Bond, Lloyd, Y Guenole, 2013); Versión Española: Ruiz & Odriozola-González (2014).

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado es verdadera para usted. Use la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

Afirmación	1	2	3	4	5	6	7
1. Soy capaz de trabajar eficazmente, aunque tenga preocupaciones personales.							
2. Puedo admitir mis errores en el trabajo y aun así seguir siendo exitoso.							
3. Puedo trabajar de manera eficaz, incluso cuando estoy nervioso por algún motivo.							
4. Mis preocupaciones no se interponen en mi camino hacia el éxito.							
5. Soy capaz de comportarme según la situación lo requiera, sin que me afecte cómo me sienta.							
6. Puedo trabajar eficazmente, incluso cuando dudo de mí mismo.							
7. Mis pensamientos y sentimientos no se interponen en lo que debo hacer en mi trabajo							

Anexo 6

Escala de Satisfacción con la Vida

(SWLS; Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985).

Versión Española: Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000).

1	2	3	4	5	6	7
Completamente desacuerdo	En desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo

Afirmación:	1	2	3	4	5	6	7
1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.							
2. Las condiciones de vida son excelentes							
3. Estoy satisfecho con mi vida.							
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.							
5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.							

Anexo 7

Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness

(FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006).

Versión Española: Cebolla, García-Palacios, Soler, Guillen, Baños & Botella (2012).

1	2	3	4	5
Nunca o muy rara vez es verdad	Rara vez es verdad	Algunas veces es verdad	A menudo es verdad	Muy a menudo o siempre es verdad

Afirmación	1	2	3	4	5
1. Cuando ando, noto las sensaciones de mi cuerpo en movimiento de manera intencionada.					
2. Se me da bien encontrar las palabras adecuadas para describir mis sentimientos.					
3. Me critico por tener emociones irracionales o inadecuadas.					
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin necesidad de reaccionar ante ellas.					
5. Mientras estoy haciendo algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.					
6. Cuando me doy una ducha o un baño, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.					
7. Puedo expresar fácilmente con palabras mis creencias, opiniones y expectativas.					
8. No pongo atención en lo que estoy haciendo porque estoy soñando despierto, preocupado, o distraído.					
9. Puedo observar mis sentimientos, sin perderme en ellos.					
10. Me digo que no debería sentirme de la manera en que me siento.					
11. Me doy cuenta de cómo los alimentos y las bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.					
12. Es difícil para mí encontrar las palabras que describan lo que estoy pensando.					
13. Me distraigo fácilmente.					
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o que son malos y no debería pensar de esta manera.					
15. Presto atención a las sensaciones, como sentir el viento en el pelo o el sol en mi cara.					
16. Me resulta difícil pensar en las palabras adecuadas para expresar lo que pienso acerca de las cosas.					
17. Puedo hacer juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.					
18. Me resulta difícil mantenerme concentrado en lo que está ocurriendo en el presente.					
19. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes dolorosas, puedo volver atrás y ser consciente del pensamiento o la imagen sin quedarme atrapado por ellos.					

20. Presto atención a los sonidos, como el tic-tac de los relojes, el canto de los pájaros, o el ruido de los coches que circulan.				
21. En situaciones difíciles, puedo hacer una pausa, sin reaccionar de forma inmediata.				
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me resulta difícil describirla porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.				
23. Parece que voy con el "piloto automático" puesto, sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo.				
24. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes dolorosas, me siento tranquilo al cabo de poco tiempo.				
25. Me digo que no debería estar pensando de la forma en que lo estoy haciendo.				
26. Me doy cuenta de los olores y aromas de las cosas.				
27. Incluso cuando me siento enormemente molesto, puedo encontrar una manera de expresarlo con palabras.				
28. Me lanzo a realizar actividades sin estar realmente atento a ellas.				
29. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes dolorosas, soy capaz de percibirlos solamente, sin reaccionar ante ellos.				
30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inadecuadas y que no deberías sentirlas.				
31. Me doy cuenta de los elementos visuales en el arte o la naturaleza, como los colores, formas, texturas o patrones de luz y sombras.				
32. Mi tendencia natural es a trasladar mis experiencias en palabras.				
33. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes dolorosas, sólo los percibo y los dejo ir.				
34. Realizo los trabajos o tareas de forma automática sin ser consciente de lo que estoy haciendo.				
35. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes dolorosas, me juzgo a mi mismo como bueno o malo, dependiendo del contenido de estos pensamientos o imágenes.				
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y comportamiento.				
37. Normalmente puedo describir como me siento en un momento dado de forma detallada.				
38. Me encuentro haciendo cosas sin poner atención en lo que estoy haciendo.				
39. Me desapruebo cuando tengo ideas irracionales.				

Anexo 8

Escala Mindful, Attention, Awareness Scale (MAAS)

MAAS; Brown y Ryan, 2003; Versión Española: Soler et al. (2011)

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

Afirmación	1	2	3	4	5	6
1. Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde						
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa						
3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente						
4. Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino						
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención						
6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.						
7. Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo						
8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas						
9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla						
10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo						
11. Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo						
12. Conduzco “en piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí						
13. Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado						
14. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención						
15. Pico sin ser consciente de que estoy comiendo						

Anexo 9

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21

(DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995a).

Versión Española: Daza et al. (2000).

Indique del 0 al 3, en qué medida cada frase ha sido aplicable a usted durante **los últimos 7 días**. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

No emplee mucho tiempo en cada frase.

0	1	2	3			
Nada aplicable a mí	Aplicable a mí en algún grado o una pequeña parte del tiempo	Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo	Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo			
Afirmación			0	1	2	3
1. Me ha costado mucho descargar la tensión						
2. He notado la boca seca						
3. No he podido sentir ninguna emoción positiva						
4. He tenido dificultades para respirar (p.ej., respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico)						
5. Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas						
6. He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones						
7. He tenido temblores (p.ej., en las manos)						
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía						
9. He estado preocupado/a por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo						
10. He sentido que no había nada que me ilusionara						
11. Me he sentido agitado/a						
12. Me ha resultado difícil relajarme						
13. Me he sentido desanimado/a y triste						
14. No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo						
15. He sentido que estaba al borde del pánico						
16. He sido incapaz de entusiasmarme por nada						
17. He sentido que no valía mucho como persona						
18. He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad						
19. He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (p.ej., aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido)						
20. Me he sentido asustado/a sin una razón de peso						
21. He sentido que la vida no tenía ningún sentido						

Anexo 10

Inventario de Burnout de Maslach Encuesta-General

(MBI-GS; Schaufeli, Leiter, Maslach, y Jackson, 1996).

Versión Española: Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, & Grau (2000).

Indique del 0 al 6, en qué medida cada frase ha sido aplicable a usted. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca/ Ninguna vez	Casi nunca/ Alguna vez al año	Algunas Veces/ Una vez al mes o menos	Regularmente/ Algunas veces al mes	Bastantes Veces/ Una vez por semana	Casi siempre/ Algunas veces por semana	Siempre/ Todos los días

Afirmación:	0	1	2	3	4	5	6
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Estoy “consumido” al final de un día de trabajo							
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo							
4. Trabajar todo el día es una tensión para mí							
5. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo							
6. Estoy “quemado” por el trabajo							
7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización							
8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto							
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo							
10. En mi opinión soy bueno en mi puesto							
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo							
12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto							
13. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo							
14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo							
15. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas							

Anexo 11

Autoconcepto Forma 5

(AF5, García y Musitu, 1999)

Contesta de 1 a 99 en las casillas correspondientes a cada pregunta. Ejemplo: 67			
1.	Hago bien los trabajos escolares		
2.	Hago fácilmente amigos		
3.	Tengo miedo de algunas cosas		
4.	Soy muy criticado en casa		
5.	Me cuido físicamente		
6.	Mis profesores me consideran un buen trabajador		
7.	Soy una persona amigable		
8.	Muchas cosas me ponen nervioso		
9.	Me siento feliz en casa		
10.	Me buscan para realizar actividades deportivas		
11.	Trabajo mucho en clase		
12.	Es difícil para mí hacer amigos		
13.	Me asusto con facilidad		
14.	Mi familia está decepcionada de mí		
15.	Me considero elegante		
16.	Mis profesores me estiman		
17.	Soy una persona alegre		
18.	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso		
19.	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas		
20.	Me gusta como soy físicamente		
21.	Soy un buen estudiante		
22.	Me cuesta hablar con desconocidos		
23.	Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor		
24.	Mis padres me dan confianza		
25.	Soy bueno haciendo deporte		
26.	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador		
27.	Tengo muchos amigos		
28.	Me siento nervioso		
29.	Me siento querido por mis padres		
30.	Soy una persona atractiva		

Anexo 12

Instantánea Vital de FAP

(FAP SNAPSHOT, Tsai, Koklenberg, Kanter, Kohlenberg, Follete, y Callaghan, 2009)

Versión Española: Ruiz, Macías, Valero y Ferro, no publicado)

1 = Nada Satisfecho; 5 = Promedio; 10 = Extremadamente Satisfecho

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisfacción con la vida										
Cuidado personal										
Gestión/ disciplina del tiempo										
Trabajo con sentido/positivo										
Amor e intimidad										
Sexualidad										
Salud y nutrición										
Ejercicio										
Gestión/ ambiente del hogar										
Propósitos en la vida										
Amistades y relaciones sociales										
Relaciones familiares										
Finanzas										
Coraje/valentía										
Vida espiritual										
Altruismo/contribuciones a la comunidad										
Adaptación a situaciones cambiantes										
Concentración, atención a lo que se hace										
Decir lo que piensas, autenticidad										
Expresión artística y creativa										
Problemas como nuevas oportunidades										
Sentimientos de gratitud										
Actividades que proporcionan placer										
Aprendizaje continuado										
Enumera otros valores u objetivos:										

Anexo 13

Escala de Bienestar Psicológico (Subesala de Bienestar Laboral)

(EBP, Sánchez-Cánovas 2007)

1= Nunca; 5= Siempre

	1	2	3	4	5
1. Mi trabajo es creativo, variado, estimulante					
2. Mi trabajo da sentido a mi vida					
3. Mi trabajo me exige aprender cosas nuevas					
4. Mi trabajo es interesante					
5. Mi trabajo NO es monótono, rutinario, aburrido					
6. En mi trabajo he encontrado apoyo y afecto					
7. Mi trabajo me ha proporcionado independencia					
8. No me siento discriminado/a en mi trabajo					
9. Mi trabajo es lo más importante					
10. Disfruto con mi trabajo					

Anexo 14

Escala de Observación de Recompensa Ambiental

(EROS, Armento y Hopko, 2007).

Adaptación española por Barraca y Pérez-Álvarez (2010).

1 = Totalmente en desacuerdo; 4 = Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4
1. Muchas actividades de mi vida son agradables				
2. Últimamente, me he dado cuenta de que las cosas que vivo me hacen infeliz				
3. En general, estoy muy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo				
4. Me resulta fácil encontrar con qué disfrutar en la vida				
5. Otras personas parecen tener vidas más plenas				
6. Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban				
7. Desearía encontrar más aficiones que me divirtiesen				
8. Estoy satisfecho con mis logros				
9. Mi vida es aburrida				
10. Las actividades en que tomo parte normalmente salen bien				