

La utilidad de la integración de la Psicoterapia Analítica-Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso (FACT) para mejorar el estrés laboral: Dos estudios de caso

The utility of an Integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy (FACT) to Enhance Work Stress: Two Cases Study

Juan José Macías Morón
Universidad Católica San Antonio de Murcia

Luis Valero Aguayo
Universidad de Málaga

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 postest. 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 un aumento en las puntuaciones de salud general, y un aumento del bienestar laboral y psicológico en ambos participantes. Además, los empleados mejoraron su relación interpersonal, que estaba muy deteriorada, a través de la generalización funcional en otras áreas (personal, laboral, familiar, amigos). Esta intervención corresponde el primer intento con FACT aplicado en el contexto laboral para mejorar la salud de los empleados en un formato breve. Asimismo, se hace énfasis en el análisis en la integración de procesos y modelos con principios filosóficos comunes, que pueden converger en una generación de terapias basadas en la evidencia y en el análisis funcional, la relación terapéutica y la conducta clínicamente relevante como base para producir cambios.

PALABRAS CLAVE

Estudio de caso, Salud Laboral, Psicoterapia Analítica-Funcional, Terapia de Aceptación y Compromiso, TBE.

ABSTRACT

A brief intervention program based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is applied to enhance the well-being and interpersonal relationships between two employees in a company. The intervention was carried out individually for 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 relationships 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 relationships between both employees and satisfactory atmosphere at work. This intervention corresponds to the first attempt with FACT applied in the work context to improve the health of employees in a short format. Likewise, emphasis is placed on analysis in the integration of processes and models with common philosophical principles, which can converge in a generation of evidence-based therapies and functional analysis as the basis for producing changes.

KEYWORDS

Case study, Occupational Health, Functional Analytic Psychotherapy & Acceptance and Commitment Therapy, EBT.

Recibido: 14-05-2020; aceptado: 22-06-2021

Correspondencia: Juan José Macías Morón. Facultad de Ciencias de la Salud. Grado en Psicología. Universidad Católica de San Antonio de Murcia. Campus de los Jerónimos s/n. 30107 Murcia E.mail: jjmacias@ucam.edu

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". La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes et al., 1999) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991) han demostrado su eficacia en diferentes condiciones clínicas (Hayes et al., 2006). Además, su integración se postula como la llegada de una generación de terapias con un enfoque basado en el contextualismo funcional con raíces filosóficas comunes, que usan el análisis funcional y el trabajo idiográfico (Callaghan y Darrow, 2015).

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 funcio-

nal, sino que también poseen similitudes en la intervención: (1) ambas comparten su afán para que los clientes discriminen sus comportamientos en términos de 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 y Darrow, 2015; Gifford et al., 2011; Luciano et al., 2009). Así como en el contexto laboral (Macías et al., 2019). Esta simbiosis 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 (Callaghan et al., 2004). 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 del contexto socioverbal. 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 del moldeamiento continuo disponible en sesión para crear un repertorio más flexible mientras se usan ejercicios de aceptación al servicio de los valores.

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, 2001). 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 (Sanz y García-Vera, 2015)

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 para poder extenderlo a otras poblaciones y contextos, tras avalar la eficacia de los componentes en un estudio de caso.

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 ob-

tener resultados prometedores en muy pocas sesiones que conduzcan a establecer y extender programas de intervención basados en la evidencia en diferentes instituciones, ahorrar costes y trasladar una serie de pautas efectivas a nivel micro y macro contextual que permitan mantener el funcionamiento de la organización y la salud personal y laboral.

Método

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 em-

pleado 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 había llevado a que Jaime tuviese 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.

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.

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. 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.

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. Asimismo, la investigación fue aprobada por el comité ético de la Universidad de Málaga (47-2018-H) y conforme las directrices regladas por la APA.

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 posttest 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 et al., 1999). Una vez identificadas las variables contextuales y las clases de respuesta que mantenían el problema, antecedentes y consecuentes, se generó un plan de acción a lo largo de varios procesos, que se describen a continuación.

Conductas clínicamente relevantes: CCRs

Puesto que la selección de objetivos se trabajaba desde FAP, a partir de la evaluación se consideraron como objetivos las conductas clínicamente relevantes CCR1 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 serían las conductas a cambiar progresivamente, reforzando o extinguiendo en cada caso mediante el moldeamiento del terapeuta. En la tabla 1 y

Tabla 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 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.

2 aparecen ejemplos de esas conductas problema y las adecuadas de colaboración laboral o terapéutica que iban surgiendo como cambios positivos en los participantes, según los objetivos propuestos relacionados con el motivo de consulta y la historia personal.

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 "aversivos"; 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 constitu-

ye el problema. 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 de-fusión implica ser consciente de los eventos privados (pensamientos, sensa-

ciones, emociones) y diferenciarse del contenido de estos. Esta diferenciación es conocida también como “yo contexto” y “yo contenido”. 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”.

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).

Tabla 3

Procesos principales del protocolo FACT breve.

-
1. Beneficios del programa para promover la adherencia a las sesiones y motivar 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 (*pliance-tracking*)
 6. Aplicación de las 5 reglas terapéuticas
 7. Defusión (marcos deícticos) y fisicalización
 8. Generalización funcional
-

En la Tabla 3 se muestra el esquema de los procesos principales del protocolo FACT aplicados en estos dos casos clínicos.

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 4 aparecen los datos directos, y en las Figuras 1 a 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 pun-

Tabla 4

Resultados de los dos participantes en sus distintas mediciones.

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

tuaciones 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, contribuyendo

a mantener los cambios de los empleados a través del refuerzo natural y la disposición de contingencias que favorecieran el reforzamiento diferencial de conductas encaminadas a la cohesión, valores compartidos y refuerzo positivo.

Discusión

Los resultados muestran una notable mejoría en las variables dependientes analizadas. Se observa en la comparación pretest, postest 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.

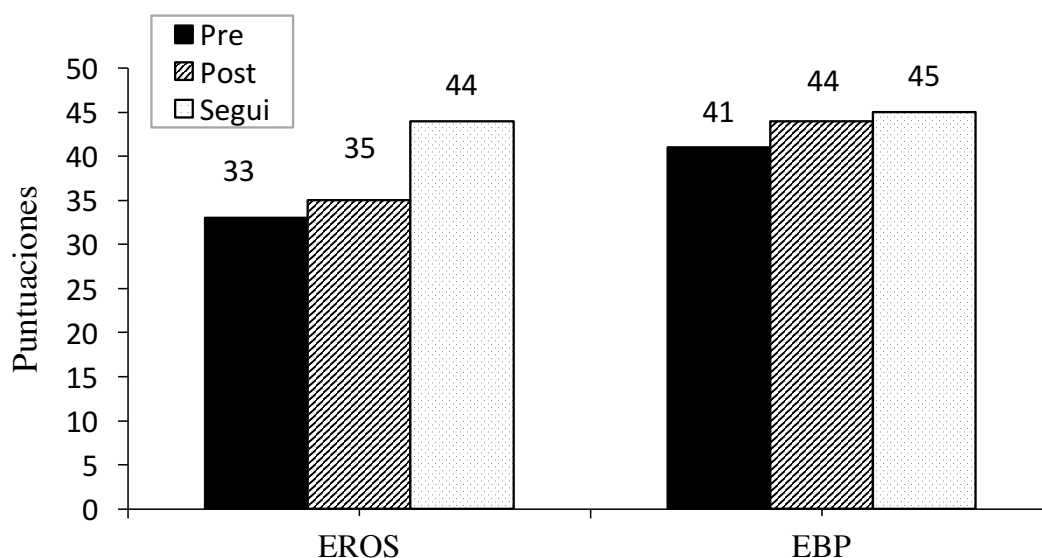


Figura 1. Puntuaciones de Jesús en los cuestionarios EROS y EBP en las distintas mediciones pre-post-seguimiento.

gico, 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 et al., 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 pro-

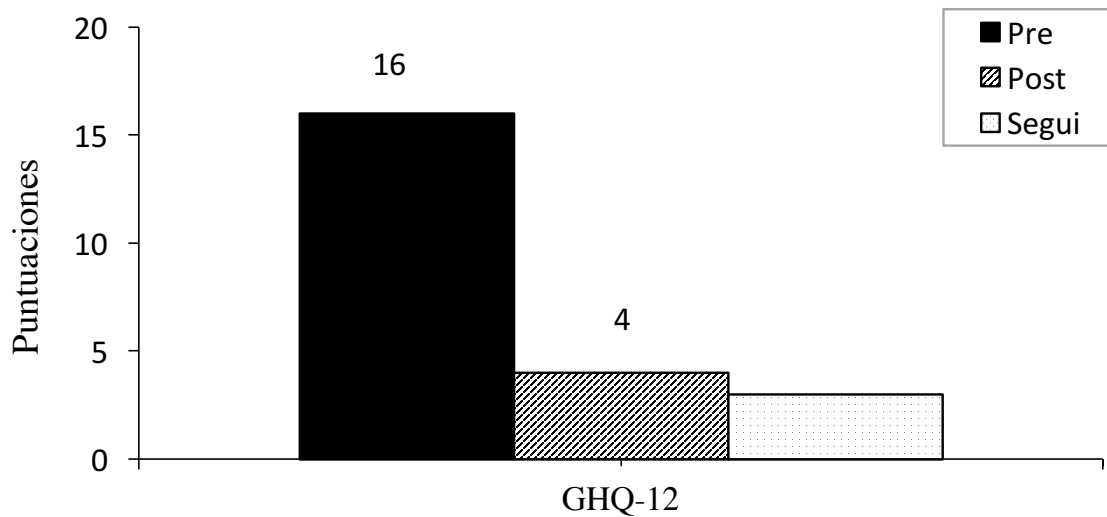


Figura 2. Puntuaciones de Jesús en el cuestionario GHQ-12 en las distintas mediciones pre-post-seguimiento.

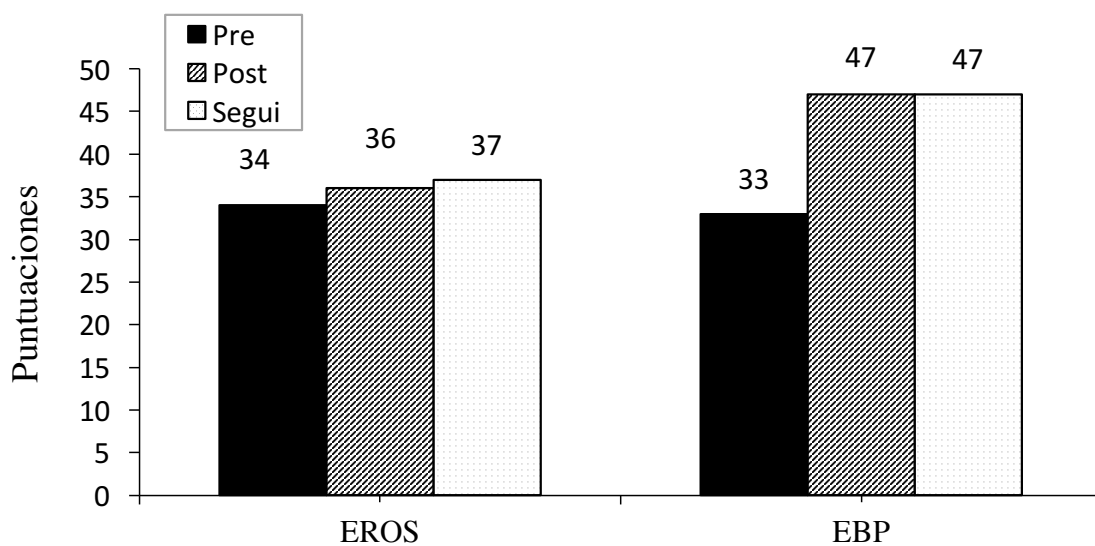


Figura 3. Puntuaciones de Jaime en los cuestionarios EROS y EBP en las distintas mediciones pre-post-seguimiento.

blemáticas dentro de la propia sesión, utilizando para ello el moldeamiento y las habilidades de reforzamiento del terapeuta. Es posible que las mejoras 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) sobre las repercusiones de la alianza terapéutica en las mejoras 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 pro-

blemas 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.

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. Aunque se postula para poder generalizar sus resultados a otros empleados o

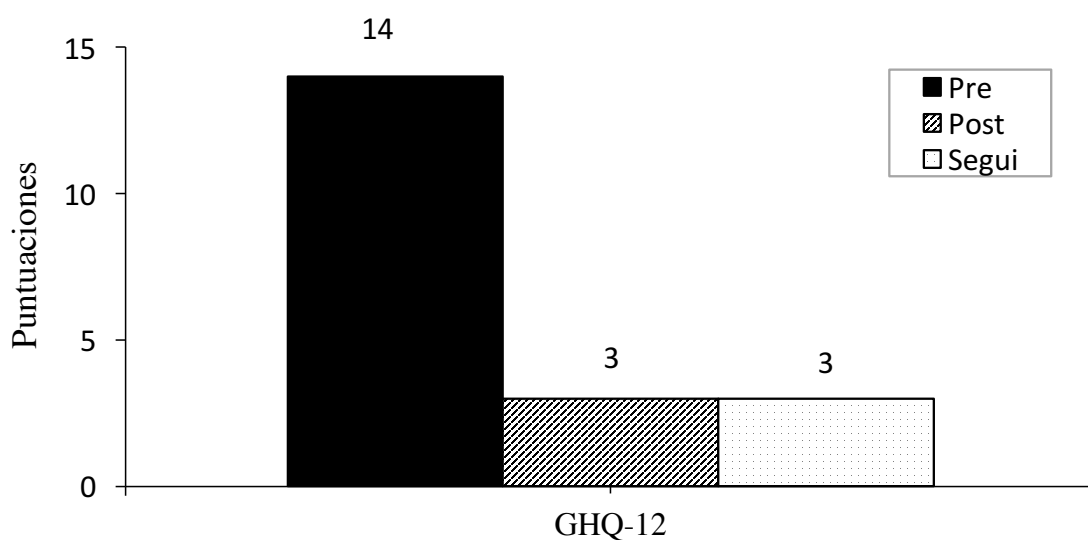


Figura 4. Puntuaciones de Jaime en el cuestionario GHQ-12 en las distintas mediciones pre-post-seguimiento.

situaciones del contexto laboral, apuntando a una generación de terapias basadas en el análisis funcional de manera idiográfica bajo el paradigma de las terapias de tercera generación con principios filosóficos comunes (Callaghan y Darrow, 2015).

Referencias

- Barraca, J. & Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española: The Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 95-107.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.645>
- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.005>
- 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: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. Guilford 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.010>
- Kazdin, A. E., & Gutiérrez, M. G. G. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson.
- 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, Servicio Publicaciones UMA.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14.
- 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.
- 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.
- Sánchez-Cánovas, J. (2013). *Manual Escala de Bienestar Psicológico (3ª)*. 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. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3240.4644>
- 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. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- 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]. Pirámide.