

Original

Programa de intervención breve basado en las terapias contextuales para mejorar el bienestar psicológico en el entorno organizacional

Juan José Macías^a, & Luis Valero Aguayo^b^aUniversidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España^bUniversidad de Málaga, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de septiembre de 2020

Aceptado el 22 de abril de 2021

Online el 18 de octubre de 2021

Palabras clave:

Salud Laboral

Programa breve de intervención

Terapias Contextuales

Keywords:

Occupational Health

Brief intervention

Contextual Therapies

R E S U M E N

Introducción y objetivos: Este estudio examina la eficiencia y efectividad de un programa breve, basado en las terapias contextuales más representativas, para mejorar la salud general, y el bienestar laboral de los empleados/as de una cooperativa agrícola. La evaluación pretest se realizó con 25 empleados de la misma empresa, de los cuales 15 cumplieron con los criterios de inclusión; estableciendo como punto de corte puntuaciones moderadas de malestar psicológico. Los empleados recibieron una intervención basada en un programa breve con la combinación de la Terapia de Aceptación y Compromiso junto con la Psicoterapia Analítica-Funcional (FACT).

Material y Métodos: Los participantes recibieron 3 sesiones, 2 individuales y 1 grupal. Se evaluaron con el *Cuestionario de Salud General* (GHQ-12); la *Escala de Observación de Recompensa Ambiental* (EROS); y la satisfacción laboral, que 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. **Resultados:** Los participantes mejoraron en las variables analizadas, siendo estadísticamente significativos para las variables: GHQ-12 ($W = -3.34, gl = 14, p = .001$), EROS ($W = -3.05, gl = 14, p = .002$) y EBP ($W = -3.08, gl = 14, p = .002$). **Conclusiones:** Se discuten las implicaciones de la combinación de ambas aproximaciones que comparten las raíces filosóficas y analíticas basadas en el contextualismo funcional. Esta intervención se plantea como un modelo efectivo para producir cambios en la salud de los trabajadores/as en breves periodos de tiempo, de forma rápida y no invasiva para empleados y empresas.

Brief intervention programme based on contextual therapies to improve psychological well-being at the workplace

A B S T R A C T

Introduction and aims: This study examines the efficiency and effectiveness of a brief program based on the two most representative contextual therapies in order to improve the general health and well-being at the workplace with employees of an agricultural cooperative. The pre-test evaluation was carried out with 25 employees from the same company, of whom 15 met the inclusion criteria with moderate scores for psychological distress as the cut-off point. The employees received an intervention based on a brief program combining of Acceptance and Commitment Therapy and also Functional-Analytic Psychotherapy.

Material and Methods: The employees received 3 sessions, 2 individual and 1 group session. They were assessed with the General Health Questionnaire (GHQ-12); the Environmental Reward Observation Scale (EROS); and job satisfaction, which was evaluated with the job well-being subscale of the Psychological Well-being Scale (EBP). An intra-group design with pre and post intervention assessment was used.

Results: Participants improved statistically in the variables analyzed: GHQ-12 ($W = -3.34, gl = 14, p = .001$), EROS ($W = -3.05, gl = 14, p = .002$) and EBP ($W = -3.08, gl = 14, p = .002$).

Conclusions: The implications of the combination of both approaches that share philosophical and analytical roots based on functional contextualism are discussed. This treatment is proposed as an effective model to produce changes in workers' health in short periods of time, in a fast and non-invasive way for employees and companies.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjmacias@ucam.edu (J.J. Macías).

Introducción

Muchas personas pasan más tiempo en el trabajo que haciendo cualquier otra cosa. El trabajo es un 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 problemas 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 Merlié, 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 et al., 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, debido al creciente aumento de problemáticas derivadas del trabajo (Schönfeld et al., 2016).

Cómo intervención propuesta para mejorar la salud del ser humano en diversos contextos, se proponen las terapias contextuales, también conocidas como “terapias de tercera generación”. Estas terapias 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) y la *Psicoterapia Analítica Funcional* (FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai et al., 2009). Estas terapias se usan ampliamente con múltiples problemas psicológicos y tienen evidencia empírica sobre su eficacia (A-Tjak et al., 2015; Hayes, 2019; Kanter et al., 2017; Ruiz, 2010). ACT también está teniendo resultados prometedores con un creciente éxito en el contexto laboral para mejorar la salud (Bond et al., 2006, 2008), el rendimiento laboral y la productividad (Bond et al., 2010).

Tanto la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) como la *Psicoterapia Analítica-Funcional* (FAP) están consideradas “terapias contextuales” (Pérez-Álvarez, 2004), 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 (reforzamiento negativo) y siendo coherente con el sistema de creencias de la persona (reforzamiento positivo), pero son acciones entrampadas a largo plazo, lo que lleva a las personas a renunciar a sus valores personales. El objetivo de ACT, consiste en conectar la incomodidad o el malestar con un horizonte valioso (vida que merezca la pena vivirse), a través de procedimientos encaminados a la aceptación, en lugar del control.

Por otro lado, FAP se basa en una tradición que viene del análisis funcional en contextos clínicos (Ayllon et al., 1965; Ferster, 1973). Desde FAP, la relación terapéutica juega un papel clave en la trans-

formación 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, que fueron las que se emplearon durante la intervención (Valero y Ferro, 2017). La regla 1 consiste en observar las conductas clínicamente relevantes dentro de la sesión o las conductas problema que el cliente muestra. La regla 2, consiste en evocar esas conductas problema dentro de la sesión a través de la interacción terapéutica. La regla 3 consiste en reforzar diferencialmente de manera natural una conducta más adaptativa, dentro de sesión. La regla 4 consiste en observar los efectos reforzantes que el terapeuta tiene sobre el cliente, monitorizando el propio comportamiento del terapeuta y los efectos que produce en la interacción terapéutica. Y la regla 5, consiste en generar un repertorio para que el cliente sea consciente de su propia conducta y quede bajo su propio control (Macías y Valero, 2021). El primer trabajo para el terapeuta es observar comportamientos disfuncionales catalogados como conductas (CCR1) y modificarlos (CCR2), tratando de establecer una forma equivalente entre lo que el cliente hace dentro y fuera de las sesiones (CCR3) (Kohlenberg y Tsai, 1993).

Finalmente, la integración de ambas aproximaciones para abordar problemas clínicos complejos y diarios se conceptualiza como *Terapia de Aceptación y Compromiso Analítica Funcional* (FACT; Callaghan et al., 2004). FACT parece tener más éxito que cuando se usa cualquiera de las terapias por sí sola y ha sido eficaz en variedad de condiciones clínicas (Gifford et al., 2011; Tsai et al., 2009). Por un lado, desde FAP se trabaja el moldeamiento de las conductas problemáticas y no-problemáticas, utilizando la relación terapéutica como marco donde llevar a cabo la actuación en vivo; y desde ACT se ofrece el contexto verbal de las metáforas y ejercicios, que irán cambiando progresivamente las conductas de los clientes, a través de procesos de aceptación, toma de perspectiva, compromiso y valores vitales.

Tras extraer y condensar algunos de los componentes que mayor eficacia han obtenido en la literatura científica existente en ambas terapias, se han aplicado de forma novedosa en el contexto laboral de forma breve. Los objetivos de este estudio eran: (1) Comprobar la eficacia de un programa unificado basado en las terapias contextuales, denominado “FACT” en un grupo de trabajadores/as; (2) Mejorar el bienestar psicológico, personal y laboral de los empleados/as. Se hipotetiza que, si este tipo de intervención psicológica es eficaz también para los trabajadores/as, entonces disminuirán los indicadores de problemas de salud mental, al tiempo que aumentarán los relacionados con la satisfacción de los participantes.

Método

Participantes

La evaluación pretest se realizó en una empresa de la provincia de Málaga (España) que se dedicaba al cultivo y venta de productos relacionados con la jardinería, con negocios nacionales e internacionales. De los 5 participantes voluntarios de la empresa, se seleccionaron aquellos empleados/as que superaron el punto de corte en el cuestionario de salud general utilizado como *screening* o como criterio de inclusión (GHQ-12, con puntuación de 12 puntos). La puntuación de 12 como punto de corte se considera de forma internacional como criterio para estar en riesgo de presentar problemas psicológicos (Hardy et al., 2003). Aunque los 25 empleados/as de la empresa realizaron las medias pretest, las

puntuaciones de 10 de ellos eran muy bajas (se supone que no tenían grandes problemas), por lo que este fue el criterio de exclusión (puntuaciones por debajo de 12 en GHQ-12). Este criterio tenía por objetivo intervenir con los empleados con mayor riesgo de presentar problemas psicológicos, y que tuvieran mayores necesidades de la intervención en sus vidas. Además, se siguieron las indicaciones de los jefes de la empresa, que indicaron aquellos empleados que más dificultades, estrés y malestar psicológico tenían. Los empleados que realizaron finalmente el programa de intervención fueron 15 (5 hombres y 10 mujeres), con una edad media de 30.8 años (en un rango entre 19 y 44 años).

Diseño

Se ha utilizado en este estudio un diseño intra-grupos con medidas repetidas pre-post intervención. En primer lugar, se administró el pretest a los 15 empleados/as, y posteriormente se inició el programa con FACT durante 3 sesiones, de las cuales 2 fueron individuales para cada trabajador y 1 sesión posterior fue grupal con todos ellos. Tras estas 3 sesiones, todos los empleados completaron el postest. El tiempo transcurrido y duración de la intervención fue de 2 meses.

Instrumentos

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

Cuestionario de Salud General (GHQ-12). 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 mayor nivel de malestar psicológico. 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). 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 \(2007\)](#). 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 sa-

tisfacción 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

Al principio, se realizó la evaluación pretest con todos los empleados/as y el mismo día se realizó la sesión grupal ($n=25$), explicando los objetivos de la intervención y avanzando algunos procesos del programa de intervención realizado. Tras la evaluación pretest y su corrección, los participantes con niveles por encima del punto de corte, se asignaron 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 se recogieron solo con un código de iniciales para cada trabajador, y la información clínica individual nunca se reveló a los directivos de la empresa. Asimismo, este estudio fue realizado y aprobado por el Comité de Ética Experimental de la Universidad de Málaga con código: 47-2018-H y acorde a las directrices de la Asociación Americana de Psicología.

El programa de intervención consistió en 2 sesiones individuales para cada trabajador y 1 sesión grupal para todos los empleados (2+1). 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.

Los procesos más importantes recogidos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) consistieron en el desarrollo de habilidades de aceptación, toma de perspectiva sobre los eventos privados y clarificación de valores y se reinterpretaron de [Wilson y Luciano, 2002](#)). Los procesos desde la Psicoterapia Analítica-Funcional (FAP) consistieron 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 modelos resultando en una intervención combinada con procesos de ambas aproximaciones. Todos los procesos se trabajaron tanto a nivel individual como grupal (ver [Tabla 1](#)) y se exponen a continuación:

La desesperanza creativa y el control como problema. Este proceso mostró a los empleados cómo la lucha con sus eventos privados o intentos de controlar o eliminar (pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones) son contraproducentes. Se utilizó la metáfora del “hombre en el agujero”, 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. Esto implica que las metáforas son una vía para condensar información relevante, favorecer el recuerdo de los procedimientos usados a través de la derivación de funciones, y una vía para la modificación de la conducta ([Foody et al., 2014](#)). Aunque el lenguaje comparte propiedades en todos los seres humanos, las metáforas deben utilizarse de forma individualizada, a la medida del cliente, según su historia personal (previo a un análisis funcional). No son reglas ni mensajes “esperanzadores” enunciados de forma general, sino ejemplos y metáforas adaptados a cada trabajador. Por ejemplo, dado que su

trabajo era las plantas y jardines, se utilizó este tipo de metáforas de ACT, puesto que era más fácil que se identificaran con ellas (“¿Qué ocurre si no riegas la planta de tu matrimonio?” “¿Cómo puedes regarla mejor hoy?”). Este tipo de equivalencias verbales establece comparaciones entre su vida, sus relaciones de pareja, y la forma de cuidar y hacer crecer las plantas; si no se cuida en estas últimas, quizás tampoco en su vida. Puede verse el desarrollo de esta metáfora completa en Wilson y Luciano (2002).

Valores y compromiso. El objetivo principal con los trabajadores/as era clarificar los valores y unir a 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”. 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”.

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”. 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 et al., 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” (Flaxman et al., 2013), 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. En este caso, se utilizó esta técnica para ir consiguiendo los cambios en las denominadas desde FAP como “conductas clínicamente relevantes o conductas problema” (CCR). Ese moldeamiento se aplicaba de forma individual con cada trabajador/a. De esta forma, en cada uno de ellos, se definieron las CCR1 que son comportamientos problemáticos que se dan en la sesión, en el contexto de trabajo o en su vida diaria; mientras que las CCR2 son los objetivos terapéuticos, las mejoras o cambios a conseguir con la terapia; y a su vez las CCR3 son afirmaciones de los trabajadores sobre relaciones funcionales de su propio comportamiento o sus relaciones con los otros trabajadores. Por ejemplo, la CCR1 de un empleado fue llegar siempre tarde al trabajo y en su vida personal, por lo que se reforzó la CCR2 que era llegar a tiempo en el trabajo, y además tratar de transferir esos cambios de horario como una regla para su vida diaria (CCR3). Dado que el efecto del reforzador depende de la historia del individuo, el considerar a una conducta como problema o no, dependerá de las consecuencias que tenga dicha conducta en su entorno (p.ej., puede ser despedido), y el uso de reforzadores dependerá de los valores de

esa persona (p.ej., permanecer en el trabajo, o mantener su pareja). En este caso, se utilizó el reforzamiento social por parte de los jefes y compañeros al ver los cambios de los demás, aplaudiendo en grupo, anunciando lo bien que estaban trabajando en megafonía, o a través de regalos y días libres. Aunque estas actividades reforzantes se utilizan en múltiples empresas, desde FACT se recomienda el uso de reforzadores sociales, que son los habituales en nuestra cultura, utilizándolos de forma flexible y adaptándose siempre a cada historia personal y del contexto particular de los trabajadores/as.

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 1.

Procesos principales del programa con FACT breve.

1. Beneficios del programa para promover la adherencia a las sesiones y motivar a los empleados (EO).
2. Análisis funcional y énfasis en la relación terapéutica (reforzamiento diferencial).
3. Desesperanza creativa y el control como problema.
4. Clarificación de valores y compromiso
5. Aceptación.
6. Aplicación de las 5 reglas terapéuticas de FAP.
7. Defusión y toma de perspectiva (fisicalización).
8. Moldeamiento y generalización funcional.
9. Tareas y ejercicios para casa (trabajar lo realizado en sesión).

Análisis de datos

Para analizar los efectos de la intervención del programa con 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 21.0.

Resultados

En las variables analizadas, los empleados mostraron cambios significativos tras la intervención. En el caso de la salud general, las puntuaciones en el GHQ-12 disminuyeron de 14 a 8 puntos tras la intervención, situándose por debajo del criterio clínico para presentar problemas psicológicos (12 puntos). Todos los empleados, excepto dos, quedaron por debajo del punto de corte de este cuestionario. En esos dos empleados las puntuaciones disminuyeron, pero ligeramente por encima del punto de corte, y fue debido a sus

circunstancias personales, por pérdida de un familiar y divorcio. Por su parte, el grado de recompensa ambiental las puntuaciones en el EROS mostraron un aumento de 30 a 33 puntos; y la variable bienestar laboral aumentó de 38 a 42 puntos.

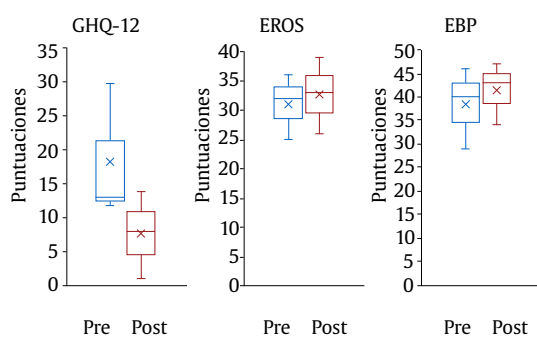
En el análisis estadístico, se encontraron diferencias significativas en el pretest-postest del GHQ-12 sobre el bienestar psicológico ($W = -3.41$, $gl = 14$, $p = .001$), del EROS sobre la recompensa ambiental ($W = -3.05$, $gl = 14$, $p = .002$), y también de la EBP sobre bienestar psicológico laboral ($W = -3.08$, $gl = 14$, $p = .002$).

En la **Tabla 2** y la **Figura 1** pueden observarse los datos comparativos obtenidos en los tres cuestionarios antes y después de la intervención.

Tabla 2

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

Grupo FACT (n=15)	Pretest		Postest		Wilcoxon	
	M	DT	M	DT	W	p
Cuestionarios						
GHQ-12	14.27	8.37	4.54	3.66	-3.41	<.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



Nota: GHQ (Goldberg Health Questionnaire), EROS (Environmental Reward Observation Scale), y EBP (Escala de Bienestar Psicológico)

Figura 1. Diagrama de caja (Bloxplot) con las puntuaciones medias y medianas pre-post obtenidas en los distintos cuestionarios.

Discusión

Después de analizar los resultados del presente estudio, podemos resaltar que este programa puede contribuir a mejorar la salud de los empleados en breves periodos de tiempo. 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 mejoraron su salud general y disminuyó la probabilidad de presentar problemas psicológicos, según el punto de corte establecido por Goldberg. Por su parte, se incrementaron los resultados en los cuestionarios EROS y EBP. La intervención tuvo un efecto positivo en la recompensa ambiental y el bienestar psicológico de los trabajadores/as. Este programa con FACT ha mostrado su eficacia también en otro grupo de trabajadores/as, y no solo en terapia individual o casos clínicos como señala la literatura, sino aplicado en esta misma versión de 3 sesiones en condiciones experimentales más rigurosas (véase Macías et al., 2019). Por tanto, podemos afirmar que estos datos previos conducen a considerar los beneficios que este programa FACT puede producir en la salud y bienestar de los empleados.

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/as, debido a que la empresa se encontraba en plena campaña y el horario para poder realizarlo era muy ajustado. Esto nos puede llevar a plantear el “Efecto Hawthorne” que puede haber tenido la intervención, ya que el mero hecho de saber que se está participando en el programa puede conducir a efectos positivos, además de otros factores inespecíficos que ocurren fuera de la intervención (Bados et al., 2002) y la importancia del contexto para tener en cuenta en otras circunstancias, como contingencias o factores inescapables (política de la empresa etc.). Aunque las condiciones experimentales diseñadas en laboratorio permitan un mayor control de las variables, a veces la realidad no permite incluir estos diseños experimentales, aunque se tendrán en cuenta para siguientes líneas de trabajo.

Además, tampoco se pudo realizar el seguimiento, porque la empresa incluyó cambios organizacionales que impidió establecer un día para reunir a todos los empleados al mismo tiempo y obtener estas medidas. 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). Los trabajadores/as informaron niveles óptimos de desempeño laboral y personal. En este caso y para no perjudicar la imagen de la intervención al pasar de nuevo la batería de cuestionarios (los empleados se mostraron reticentes a cumplimentar los cuestionarios desde un principio por miedo a despidos). Se optó por no realizar más medidas, a modo de mejora de la relación terapéutica y confianza con los empleados, aunque se perdiera calidad científica. Hay que tener en cuenta que esta intervención se realizó sin financiación y era muy importante mantener la armonía con la empresa.

Por último, la muestra ($n=15$) se considera reducida para obtener unas conclusiones consistentes sobre la efectividad de FACT, ya que se emplearon pruebas estadísticas no-paramétricas al ser unos datos no normativos y con n reducida. Para futuras líneas se recomienda realizar un análisis *Games Howell* con el propósito de disminuir la probabilidad de error tipo 1, así como diseños experimentales aleatorizados con grupos de control y seguimientos a largo plazo.

Aun así, podemos concluir que las “terapias de tercera generación” como ACT y FAP, integradas en un programa conjunto (FACT), pueden ser opciones válidas para mejorar el bienestar psicológico de los empleados. Justo un año después de la primera publicación en ACT (Hayes et al., 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; Macías et al., 2019) el rendimiento y la productividad (Bond et al., 2010).

La intervención con FACT presentada aquí y que consideramos innovadora, supone la convergencia entre modelos con raíces filosóficas y analíticas comunes desde el “contextualismo funcional”. No pretende ser una receta, ya que el análisis funcional debe establecerse ideográficamente, debido a que los individuos con problemas aparentemente similares pueden diferir en los procesos que los llevaron a ellos (Fisher et al., 2018). Todos los procedimientos aquí usados, tienen como base esencial los principios del aprendizaje, que son los que producen los cambios clínicos. Esto puede conducir a planteamientos transdiagnósticos centrados en los procesos subyacentes, en lugar de desarrollar nuevos enfoques terapéuticos para cada problema específico (Hofmann y Hayes, 2018).

Finalmente, esta investigación muestra de manera novedosa que la integración de FACT, puede ser una combinación útil que actúe de manera sinérgica para producir cambios en el contexto

laboral. Podría ayudar no solo a que los empleados/as 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 y conjugarlo con otras estrategias estructurales de la organización como el liderazgo transformacional (Paolucci et al., 2018) que asegure una mayor armonía tanto para los empleados como para la empresa.

Referencias

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., y 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. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Ayllon, T., Houghton, E., y Hughes, H. B. (1965). Interpretation of symptoms: Fact or fiction?. *Behaviour Research and Therapy*, 3(1), 1-7. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(65\)9037-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(65)9037-9)
- Bados, A., Echeburúa, E., Fernández, J., Labrador, F., y Vallejo, M. (2002). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud*, 1-15.
- Barkham, M., y Shapiro, D.A. (1990). Brief psychotherapeutic interventions for job-related distress: A pilot study of prescriptive and exploratory therapy. *Counselling Psychology Reviews*, 3, 133-147. <https://doi.org/10.1080/09515079008254242>
- Barraca, J. y 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., y 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>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., y Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26, 25-54. https://doi.org/10.1300/J075v26n01_02
- Bond, Flaxman, van Veldhoven y Biron (2010). The impact of psychological flexibility and ACT on health and productivity at work. In Houdmon y Leka (Eds). *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research, education and practice* (pp. 296-313). Wiley-Blackwell.
- Butryn, M. L., Forman, E., Hoffman, K., Shaw, J., y Juarascio, A. (2011). A pilot study of acceptance and commitment therapy for promotion of physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 8, 516-522. <https://doi.org/10.1123/jpah.8.4.516>
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., y 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. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.195>
- Cox, T., Griffiths, A. J., y 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.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Dougher, M. J. (1993). Clinical behavior analysis. Introduction. *The Behavior Analyst*, 16, 269-270.
- Ferster, C. B. (1974). "A functional analysis of depression": Reply. *American Psychologist*, 29(5), 361-362. <https://doi.org/10.1037/h0038144>
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D., y 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. <https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115>
- Flaxman, P., Bond, F., y Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An acceptance & commitment therapy training manual for improving well-being and performance*. New Harbinger Publications.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641. [https://doi.org/10.1016/0005-7894\(96\)80047-S](https://doi.org/10.1016/0005-7894(96)80047-S)
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Törneke, N., Luciano, C., Stewart, I. y McEntegart, C. (2014). RFT for clinical use: The example of metaphor. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 305-313. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.001>
- Gates, K. M., y Molenaar, P. C. (2012). Group search algorithm recovers effective connectivity maps for individuals in homogeneous and heterogeneous samples. *NeuroImage*, 63(1), 310-319. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.06.026>
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., y 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. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.002>
- Gómez, I. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica*, 6(1), 105-114.
- Hardy, G. E., Woods, D., y Wall, T. D. (2003). The impact of psychological distress on absence from work. *Journal of Applied Psychology*, 88, 306-314. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.2.306>
- Hayes SC, Barnes-Holmes D y Roche B (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226. <https://doi.org/10.1002/wps.20626>
- Hayes, S. C. y Bissett, R. T. (2000). Behavioral psychotherapy and the rise of clinical behavior analysis. In J. Austin y J. E. Carr (Eds.), *Handbook of Applied Behavior Analysis* (pp. 231-245). Context Press.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., y 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. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y 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., y 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>
- Hofmann, S. G., y Hayes, S. C. (2018). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 239, 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- 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>
- Kohlenberg, B. S., y 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., y Kohlenberg, R. J. (2006). Functional analytic psychotherapy and the treatment of complex posttraumatic stress disorder. In V. Follette y J. Ruzek (Eds.), *Cognitive Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 173-197). Guilford Press.
- Kohlenberg, B. S., Yeater, E. A., y Kohlenberg, R. J. (1998). Functional Analytic Psychotherapy, the therapeutic alliance, and brief psychotherapy. In J. Safran, y C. Muran (Eds.). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 63-93). American Psychological Association.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1993). Hidden meaning: A behavioral approach. *The Behavior Therapist*, 16, 80-82.
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., y 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. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000969>
- Levi L. y Levi I. (2000). *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* Office for Official Publications of the European Communities.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Macías, J., y Valero, L. (2021). *Fundamentos y aplicaciones clínicas de FACT: una intervención para abordar el sufrimiento humano a través de las terapias contextuales*. Pirámide.
- Macías, J., Valero-Aguayo, L., Bond, F. W., y Blanca, M. J. (2019). The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema*, 31(1), 24-29. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.202>
- Paoli, P. y Merliè, D., (2000). *Third European Working Conditions. Survey European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. Office for Official Publications of the European Communities.
- Paolucci, N., Dimas, I. D., Zappalà, S., Lourenço, P. R., y Rebelo, T. (2018). El liderazgo transformacional y la eficacia grupal: el papel mediador

- del compromiso afectivo con el equipo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 34(3), 135-144. <https://doi.org/10.5093/jwop2018a16>
- Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Minerva Ediciones.
- 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.
- Sánchez-Cánovas, J. (2013). *Manual Escala de Bienestar Psicológico (3ª)*. TEA Ediciones, S.A.
- Sanchez-Lopez, M. P., y 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>
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., y Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1-10.
- Skinner, B.F. (1938/1975). *La conducta de los organismos: Un análisis experimental*. Fontanella.
- Strosahl, K., Robinson, P., y Gustavsson, T. (2012). *Brief Interventions for Radical Change: Principles & Practice of Focused Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., y Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. Springer.
- Valero-Aguayo, L., y Ferro-García, R. F. (2017). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. Síntesis.
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.