



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Revisión sistemática sobre la eficacia de FACT para el tratamiento de problemas psicológicos

Alumno/a: Angella Dalia Merino Hidalgo

Tutor/a: Miguel Rodríguez Valverde
Dpto.: Psicología, Área de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológico

Junio, 2022

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Roderic y Dalia, siempre.

Gracias, mamá y papá, por acompañarme durante todo este camino. Sin vuestro amor y apoyo incondicional no habría llegado hasta aquí. Este logro es tan mío como vuestro.

ÍNDICE

	Página
Resumen.....	4
1. Introducción.....	5
1.1. Terapias de Tercera Generación.....	5
1.1.1. <i>Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	6
1.1.2. <i>Psicoterapia Analítica Funcional</i>	8
1.2. FACT	12
1.2.1. <i>La integración de ACT y FAP: FACT</i>	12
1.2.2. <i>Características de FACT</i>	14
1.2.3. <i>El uso de FACT en terapia</i>	14
2. Método	18
2.1. Estrategia de búsqueda.....	18
2.2. Selección de estudios	20
3. Análisis de resultados	22
4. Conclusiones	29
Referencias	32

Revisión sistemática sobre la eficacia de FACT para el tratamiento de problemas psicológicos

Angella Dalia Merino Hidalgo

Resumen

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) son dos terapias contextuales cuya combinación da como resultado una terapia denominada FACT (*Terapia Funcional Analítica de Aceptación y Compromiso*). A pesar de que haya numerosas investigaciones sobre ACT y FAP, es menor la bibliografía que se puede encontrar sobre FACT. En el presente trabajo se realiza una revisión sistemática de la literatura que aborda la eficacia de FACT para el tratamiento de problemas psicológicos, con el objetivo de explorar si su aplicación conlleva más beneficios que la de ACT y FAP por sí solas. Los estudios seleccionados (n=11) se han clasificado en estudios teóricos o empíricos. Como conclusión, debido a la escasa investigación sobre el tema, actualmente no se puede afirmar que FACT sea efectiva para el tratamiento de problemas psicológicos.

Palabras clave: FACT, Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítica Funcional, eficacia, terapia.

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional Analytic Psychotherapy (FAP) are two contextual therapies whose combination results in a therapy called FACT (*Functional Analytic Acceptance and Commitment Therapy*). Although there is a great deal of research on ACT and FAP, there is less literature on FACT. In the present work, a systematic review of the literature addressing the efficacy of FACT for the treatment of psychological problems is carried out, with the aim of exploring whether its application entails more benefits than ACT and FAP alone. The selected studies (n=11) have been classified as theoretical or empirical studies. As a conclusion, due to the scarce research on the subject, it cannot currently be stated that FACT is effective for the treatment of psychological problems.

Keywords: FACT, Acceptance and Commitment Therapy, Functional Analytic Psychotherapy, efficiency, therapy.

1. Introducción

En el presente trabajo se busca hacer un recorrido bibliográfico por la *Terapia Funcional Analítica de Aceptación y Compromiso* (FACT) para comprobar la eficacia que puede tener en el abordaje de los problemas psicológicos.

Para abordar el tema concerniente, en primer lugar, se debe empezar hablando sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Ambas terapias se integran dando lugar a FACT y, además, forman parte de las Terapias de Tercera Generación (TTG) que serán descritas brevemente a continuación.

1.1. Terapias de Tercera Generación

Las terapias de tercera generación (TTG) o terapias contextuales nacen de la necesidad de abordar las limitaciones que se producen en terapia al hacer uso de la conocida y respaldada Terapia Cognitivo Conductual. Estas terapias han logrado expandir los límites conceptuales de la terapia cognitivo-conductual tradicional y, además, ofrecen nuevas alternativas terapéuticas para problemas persistentes y resistentes a la terapia (Villalobos et al., 2012). Actualmente, dentro de las terapias de tercera generación más desarrolladas e influyentes encontramos algunas como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (Segal, Teasdale y Williams, 2002 y 2004), o la Terapia Dialéctica Comportamental (Linehan, 1993 a y b).

Las terapias de tercera generación constituyen la tercera ola de la Terapia de Conducta, difiriendo de la primera y segunda ola de esta. En cuanto a las dos generaciones previas, la primera se refiere a la fundación de la terapia de conducta mientras que en la segunda nace la terapia cognitivo-conductual. Con respecto a las terapias de tercera generación, estas explican el comportamiento a partir de una fundamentación contextual. Por tanto, los problemas psicológicos no se entienden como déficits generados dentro de la propia persona sino como problemas que han derivado de un contexto y circunstancias personales, y de la interacción de la persona con los mismos.

Por último, cabe mencionar que las terapias de tercera generación tienen sus bases asentadas sobre el *contextualismo funcional*, que ha sido desarrollado como una filosofía de ciencia y ha dado sustento filosófico-teórico tanto a la terapia de aceptación y compromiso como a la psicoterapia analítico funcional (Macías y Valero, 2021b).

1.1.1. Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada por Steven Hayes, Kirk Strosahl y Kelly Wilson, es una de las terapias contextuales más representativas e importantes. Se define como una forma de psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva (Villalobos et al., 2012) que, según Páez y Luciano (2012), busca desarrollar una psicología que responda mejor a la complejidad humana. Por tanto, tal y como comentan Macías y Valero (2021b, p. 69): “[ACT] *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*”.

Como se ha mencionado previamente, las bases de esta terapia están asentadas sobre el contextualismo funcional. Sin embargo, sus fundamentos de actuación derivan de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT por sus siglas en inglés *Relational Frame Theory*; Hayes, Barnes-Holmes, y Roche, 2001). Esta es una teoría comprehensiva del comportamiento humano que tiene como raíz el conductismo radical y cuyo interés principal es el estudio del lenguaje y la cognición humana (Gómez-Martín et al., 2007). Además, esta teoría no solo aplica las leyes del condicionamiento clásico y operante al lenguaje, sino que también se centra en el aprendizaje relacional. Así pues, en el aprendizaje relacional los seres humanos adquirimos la habilidad de relacionar estímulos -independientemente de si estos comparten propiedades físicas- y de derivar funciones de unos estímulos a otros. Consecuentemente, la RFT defiende la idea de que las personas aprenden a relacionar eventos (estímulos) de forma arbitraria y a responder a algunos eventos en función de otros (comportamiento relacional arbitrariamente aplicable) (Páez y Luciano, 2012). Y, por lo tanto, esta teoría fundamenta la forma en que se relacionan los distintos conceptos, palabras y recuerdos de la persona con los problemas (Kohlenberg et al., 2005).

La Terapia de Aceptación y Compromiso entiende el sufrimiento psicológico como parte inseparable de la existencia humana, contraponiéndose a la concepción cultural del sufrimiento como algo negativo que debe ser erradicado. Es esta concepción cultural la que hace que las personas no quieran experimentar eventos privados (pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.) negativos, ya que como mencionan Wilson y Luciano (2002, p. 74): “*se alienta la consecución de eventos «correctos» o «apropiados» para vivir*”. Sin embargo, los intentos por controlar estos eventos privados aversivos tienden a ser ineficaces y paradójicamente aumentan los pensamientos y emociones que la persona intentaba evitar (Callaghan et al.,

2004). Por lo tanto, cuando los individuos intentan no experimentar ciertos eventos privados, buscando evitar o huir tanto de los propios eventos como de los contextos en los que se puedan producir, se está llevando a cabo la denominada *evitación experiencial*. Además, la evitación experiencial explicaría el origen y mantenimiento de muchos problemas psicológicos porque si esta evitación se da de manera continuada se puede desarrollar *inflexibilidad psicológica*. Por ello, a pesar de que ACT rechaza los sistemas tradicionales de clasificación diagnóstica (DSM o CIE), sostiene que muchos de los problemas psicológicos se pueden explicar como un *trastorno de evitación experiencial* (TEE; Hayes et al., 1996). Este, según Wilson y Luciano (2002), cuenta con dos características principales: a) Su naturaleza verbal, y b) Ser una clase funcional limitante.

De acuerdo con Macías y Valero (2021b), la terapia de aceptación y compromiso concibe los eventos privados como productos inevitables de la historia personal. Así pues, en terapia no se busca alterar la forma o contenido de los eventos privados, sino que se quiere alterar la función de evitación que suelen tener dichos eventos. Esto se realiza utilizando la *desesperanza creativa*, que según Kohlenberg et al. (2005) busca romper los repertorios de evitación que la persona lleva utilizando para solucionar los problemas.

Cabe mencionar que en la terapia juegan un papel muy importante los valores personales, que son considerados direcciones, caminos o procesos que nunca se alcanzan porque no son objetivos finales alcanzables. Estos valores son esenciales para dar valor a la vida y sentido al malestar (Macías y Valero, 2021b). Además, la filosofía de esta terapia se centra en la aceptación. Por consiguiente, se propone aceptar lo que no podemos cambiar y el compromiso de vivir una vida valiosa sabiendo que esta conlleva dolor.

Por último, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Teoría de los Marcos Relacionales se ha elaborado un esquema gráfico denominado *hexaflex*, donde se ilustran los diferentes procesos centrales de ACT. Los seis componentes de flexibilidad psicológica en el esquema del hexaflex son: aceptación, valores personales, yo como contexto, defusión, contacto con el momento presente, y compromiso y acción (Figura 1) (Macías y Valero, 2021b). A continuación, se pasará a definir cada uno de ellos de forma breve.

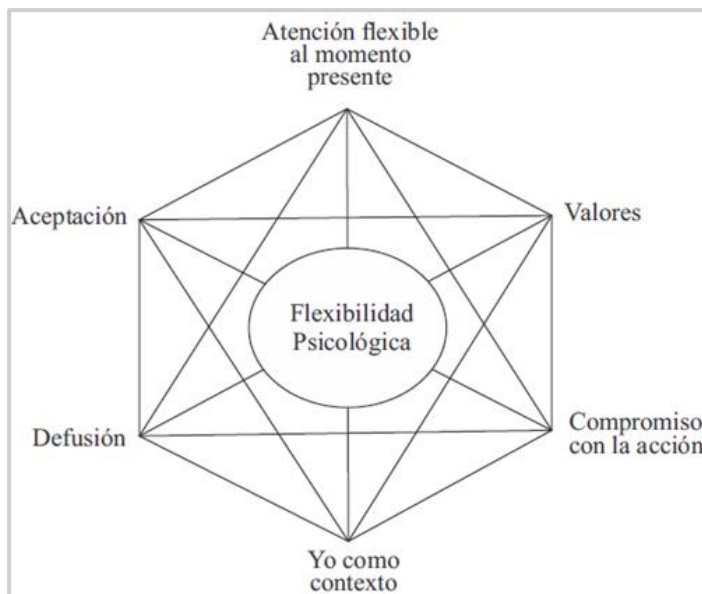


Figura 1. Esquema del modelo de salud y factores de flexibilidad psicológica según el esquema del hexaflex desde ACT (Hayes et al., 2017).

1. *Aceptación*. Es un proceso que consiste en acoger los eventos privados que se producen en el presente, sin intentar cambiar su forma o frecuencia.

2. *Valores*. Son direcciones que nunca se llegan a alcanzar. Así pues, se puede estar o no en una dirección pero esta nunca se alcanza ya que no es un objetivo o destino.

3. *Yo como contexto*. Se busca dismantelar el apego al «yo-contenido», estando este compuesto por historias fusionadas y cualitativas

sobre quién eres. Por ello aparece el «yo» como contexto, que siempre ha estado presente, es trascendente y no tiene forma.

4. *Defusión*. Es un proceso que consiste en notar de forma consciente el pensamiento que se produce en ese momento.

5. *Contacto con el momento presente*. Implica centrar la atención de forma intencional, voluntaria, flexible y sin juicios en lo que está ocurriendo en ese preciso momento.

6. *Compromiso y acción*. Una acción comprometida implica cambios de comportamiento que orientan a la persona hacia metas consistentes con sus valores personales.

En general, la Terapia de Aceptación y Compromiso es hoy en día una de las terapias más influyentes no solo por tener eficacia, efectividad y eficiencia, sino también porque en su terapia tiene como objetivo flexibilizar el repertorio de la persona para así dotarla de nuevas posibilidades y que pueda vivir una vida que merezca la pena vivir.

1.1.2. Psicoterapia Analítica Funcional

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), desarrollada por Robert J. Kohlenberg y Mavis Tsai, es una terapia de conducta que se basa en el conductismo radical de B. F. Skinner. Según Kohlenberg et al. (2005), esta terapia enfatiza el uso de la relación terapeuta-cliente con el fin de utilizar las oportunidades de aprendizaje que afloran en sesión clínica. Además, la relación terapéutica juega un papel importante en el proceso de cambio porque desde FAP se

defiende la idea de que el sufrimiento humano y los problemas psicológicos tienen una naturaleza interpersonal.

Desde la FAP, los terapeutas pueden observar, evocar y moldear los comportamientos problemáticos del cliente durante la sesión clínica a través de la alianza terapéutica con el objetivo de obtener resultados clínicos positivos (Macías y Valero, 2021b). Ferro et al. (2000) mencionan que en esta terapia se le otorga más importancia a lo que haga y diga el cliente ante el terapeuta, que a las tareas para casa, a los acontecimientos que ocurran en su vida diaria o a los pensamientos que tenga en otros momentos de su vida. Además, según Macías y Valero (2021b), los objetivos clínicos de FAP son observar y provocar conductas clínicamente relevantes, reforzando un comportamiento más adaptativo en sesión. Por lo tanto, en las sesiones clínicas se trabaja con las llamadas *conductas clínicamente relevantes* (CCR). Reyes et al. (2017, pp. 51-52) las definen como “*ejemplos de comportamientos problemáticos o deseables, acorde a los objetivos del consultante, que ocurren dentro de la sesión terapéutica*”. Se diferencian tres tipos de conductas clínicamente relevantes: CCR1, serían las conductas problemáticas que ocurren tanto dentro de la sesión clínica como fuera de esta y cuya función es la evitación de una situación aversiva; CCR2, serían conductas deseables o mejorías que se producen dentro de la sesión y cuya función es la aproximación a algo apetitivo, y CCR3, serían verbalizaciones del cliente que describen relaciones funcionales que han creado el problema y cuya función es dirigir el futuro comportamiento de la persona.

Se puede afirmar que lo que diferencia a la Psicoterapia Analítica Funcional de otras terapias de conducta es la importancia que esta le da a la relación terapéutica, considerándola el centro del proceso terapéutico. De hecho, FAP nació gracias a que sus autores descubrieron que la causa de mejoría de los clientes estaba relacionada con la relación terapéutica intensa y comprometida que se había establecido. Kohlenberg y Tsai (1991) comentan que “*la FAP orienta al terapeuta hacia una relación afectuosa, genuina, confidencial, comprometida y emotiva con su cliente*”. Además, esta terapia subraya que la relación terapéutica es un ambiente que puede evocar y conseguir conductas clínicamente relevantes (CCR) de forma inmediata (Kohlenberg y Tsai, 1991). Así pues, la relación terapéutica no es un factor que dirige hacia el cambio ni tampoco un elemento moderador, sino que es el contexto en el que se produce el cambio (Muñoz y Cotelli, 2015). Dado esto, el terapeuta tiene la oportunidad de utilizar la relación terapéutica para ayudar al cliente a desarrollar habilidades interpersonales más efectivas en la sesión y que el cliente pruebe estos nuevos comportamientos fuera de ella, para que el repertorio mejorado se generalice a otros entornos (Macías y Valero, 2021b), Sin

embargo, para que esto suceda es imprescindible que la relación establecida sea fuerte y el cliente considere al terapeuta una persona en la que se puede confiar.

Las terapias contextuales, y también el conductismo radical, consideran a los eventos privados como comportamientos o conductas. Por lo tanto, la explicación de estos se realizará a partir de la historia personal y las contingencias actuales. Por el contrario, las explicaciones cognitivo-conductuales han generado un esquema de análisis de los problemas psicológicos basado solo en la importancia de los procesos cognitivos como causa de los demás comportamientos (Macías y Valero, 2021b). Se crean esquemas que muestran relaciones entre *A* (acontecimientos antecedentes), *B* (creencia o pensamiento) y *C* (acción y/o emoción consecuente).

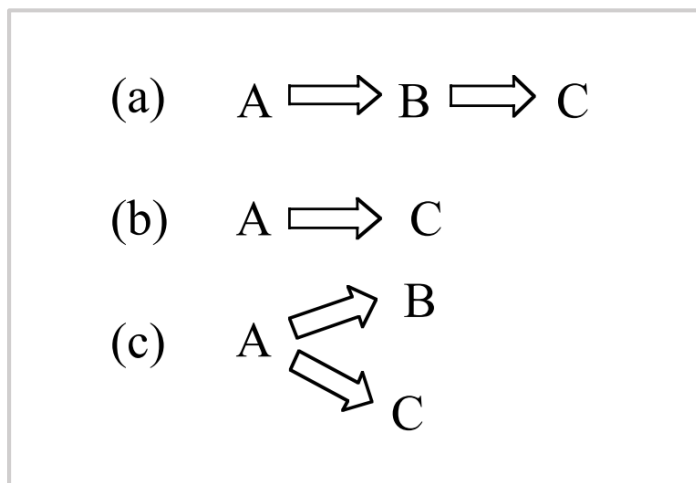


Figura 2. Diversas relaciones entre conductas (Kohlenberg y Tsai, 1991)

Esta hipótesis cognitiva defiende la idea de que se produce una secuencia lógica sobre cómo aparece *A* (antecedente), luego *B* (pensamiento) y finalmente *C* (reacción). Un ejemplo, encontrado en Macías y Valero (2021b), para explicar esta hipótesis es que si en una casa ocurre un ruido por la noche (*A*), aparecen pensamientos de «me están robando» (*B*) y aparece una consecuencia de miedo (*C*). Sin

embargo, la hipótesis cognitiva ignora que se pueden producir secuencias alternativas como consecuencia de la relación no causal entre conductas. Por lo tanto, pueden suceder distintas combinaciones como que ocurran los antecedentes (*A*) y aparezcan solo las emociones (*C*), que ocurran los antecedentes (*A*) y aparezcan a la vez los pensamientos (*B*) y las emociones (*C*), que ocurran las emociones (*C*) o los pensamientos (*B*) en ausencia de los antecedentes (*A*), etcétera (Figura 2).

Kohlenberg y Tsai (1991) realizaron críticas al paradigma ABC, afirmando que tiene problemas como excluir otras formas en las que se pueden relacionar cognición y conducta. También cabe mencionar que dentro de las terapias de tercera generación con base en el análisis experimental del comportamiento, el esquema ABC se encuentra en un continuo y no existe

causalidad entre la cognición y las consecuencias, por lo que se defiende la idea de que la cognición no puede desempeñar un papel relevante en los problemas clínicos (Macías y Valero, 2021b).

Al trabajar en Psicoterapia Analítica Funcional con conductas clínicamente relevantes (CCR), se deben seguir cinco reglas que orientan o instruyen al terapeuta. Se detallarán a continuación las reglas:

- *Regla 1: Observar las CCR.* Debido a que las CCR tendrán lugar en sesión, el terapeuta debe estar atento a ellas conscientemente y observarlas a medida que se producen. Esta es una de las reglas más importantes para que la intervención sea eficaz ya que si el terapeuta es capaz de darse cuenta de la ocurrencia de una CCR, podrá reforzar, bloquear o extinguir dicha conducta y, por tanto, se obtendrán resultados clínicos positivos (Muñoz y Coletti, 2015). Un ejemplo que ponen Macías y Valero (2021) sobre esta regla es que un cliente que suele ser impuntual en su vida, puede que también llegue tarde a terapia.
- *Regla 2: Evocar las CCR.* Se sugiere que, si las CCR no han ocurrido de forma natural, el terapeuta genere un ambiente terapéutico que pueda evocar dichas conductas en vivo dentro de la sesión. En este caso se le otorga más importancia a la función que a la forma de evocar las CCR y por ello se pueden adaptar distintos ejercicios y tareas de otras corrientes terapéuticas sin perder el propósito (Macías y Valero, 2021). Cabe mencionar que, desde el punto de vista de Kohlenberg y Tsai (1991), una relación terapeuta-cliente ideal evocaría CCR1 y facilitaría el desarrollo de CCR2.
- *Regla 3: Reforzar naturalmente las CCR2.* Para FAP, el reforzamiento natural es el principal mecanismo de cambio (Reyes et al., 2017). Por ello se ha de reforzar de forma natural cualquier mejora que se observe durante la sesión clínica. Sin embargo, es difícil poner en práctica esta regla porque, tal y como comentan Kohlenberg y Tsai (1991): “los únicos reforzadores naturales disponibles en la psicoterapia de adultos son las acciones y reacciones interpersonales entre el terapeuta y el cliente”.
- *Regla 4: Observar los efectos reforzantes del terapeuta sobre las CCR.* Esta regla deriva de los principios del análisis de conducta que destacan la relevancia de las consecuencias de la conducta sobre su probabilidad futura (Kohlenberg y Tsai,

1991). Según Reyes et al. (2017), se deben observar los cambios que se dan en las CCR y la relación que tienen dichos cambios con la respuesta contingente del terapeuta. Si no hay cambios durante la sesión ni entre las sesiones a lo largo del tiempo, es que no se están utilizando los reforzadores correctos para esa persona concreta (Macías y Valero, 2021b).

- *Regla 5: Generar un repertorio en el cliente para que establezca reglas verbales.* Se trata de que el cliente realice descripciones sobre su vida y sobre lo que le pasa, ya que esto le ayudará a la hora de producir reglas más efectivas para comportarse (CCR3). A través de esta regla se suscita la generalización del comportamiento en sesión, siendo esta generalización la que fomenta que las CCR2 producidas en sesión se repliquen fuera de esta (Muñoz y Cotelli, 2015).

Como conclusión, en la Psicoterapia Analítica Funcional se le otorga un papel esencial a la relación terapéutica ya que se considera que los repertorios interpersonales deficitarios son la causa de los problemas del cliente y es, precisamente, esta relación la que ayuda a que se produzca una mejoría clínica. Además, esta terapia ha demostrado ser efectiva y eficaz ya que las mejorías clínicas que logra se producen en distintos entornos y condiciones, y produce efectos sinérgicos al combinarse con otras terapias.

1.2. FACT

1.2.1. La integración de ACT y FAP: FACT

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) comparten elementos comunes, por lo que la integración de ambas se ha denominado FACT (*Functional Analytic Acceptance and Commitment Therapy*; en español *Terapia Funcional Analítica de Aceptación y Compromiso*) (Callaghan et al., 2004). Esta integración es coherente al saber que ambas aproximaciones comparten formación en análisis de conducta, entendiendo y modificando las conductas al examinar las relaciones contingentes. Como comentan Macías y Valero (2021b), este híbrido supone de manera excepcional la simbiosis de procesos clave que son extraordinarios para producir cambios en problemáticas complejas, produciendo cambios estables en el tiempo.

Es conocido que ACT y FAP conciben agentes terapéuticos de cambio distintos. Sin embargo, debido a que ambas comparten una filosofía conductual común, encajan con facilidad desde un punto de vista conceptual, y debido al énfasis de ACT en lo intrapersonal y el enfoque

de FAP en lo interpersonal, también pueden operar de manera complementaria (Kohlenberg y Callaghan, 2010). Además, ambas terapias se basan en la conceptualización comportamental de la psicopatología, enfatizan el desarrollo de nuevos repertorios comportamentales, y dependen del proceso terapéutico para evocar un cambio en la conducta (Callaghan et al., 2004). Así pues, dada la naturaleza complementaria que tienen estas dos aproximaciones, es acertado pensar que la combinación de ambas puede ayudar a mejorar la eficacia terapéutica.

Tanto ACT como FAP fueron diseñadas para poder abordar problemas cotidianos complejos, haciendo uso del lenguaje y el contexto en el que se dan las intervenciones psicológicas. La ACT estaría centrada en los procesos de aceptación y el lenguaje, mientras que FAP pone su atención en las contingencias que ocurren dentro de sesión, usando la relación terapéutica como vehículo para el cambio y mejorar las relaciones interpersonales (Macías y Valero, 2021b). Así pues, la combinación de ambas da como resultado una terapia más integradora y amplia que permite a los terapeutas manejar tanto problemas clínicos que cumplen los criterios para un diagnóstico formal como problemas que no pueden ser identificados utilizando el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM; American Psychiatric Association, 2013) (Callaghan et al., 2004).

Para integrar ACT y FAP, Callaghan et al. (2004) plantean tres aproximaciones distintas:

- 1) *Utilizar la relación terapéutica mientras se lleva a cabo ACT.* El objetivo que se tiene es que el uso de la relación terapéutica pueda ayudar a obtener los resultados intrapersonales que establece ACT.
- 2) *Utilizar repertorios de aceptación mientras se lleva a cabo FAP.* Se intentar usar estrategias de aceptación y de acción que estén basadas en la atención plena con el objetivo de formar relaciones interpersonales significativas para el cliente tanto dentro como fuera de sesión.
- 3) *Integración completa de ACT y FAP.* Se busca que ambas terapias estén presentes en todo momento, haciendo uso de los procesos interpersonales de la relación terapéutica para proporcionar forma a las condiciones intrapersonales de evitación y aceptación.

En general, se puede decir que la Terapia de Aceptación y Compromiso le puede ofrecer al terapeuta FAP estrategias basadas en los principios de la aceptación con el fin de experimentar sentimientos que luego serán compartidos con el cliente (Macías y Valero,

2021b). Por otro lado, FAP ayuda a ACT ya que los comportamientos ocurren, la mayoría de veces, en un contexto interpersonal.

Por último, es importante destacar que tanto ACT como FAP son tratamientos compasivos, adheridos a los principios radicales, pero basados en ayudar a las personas a poder llevar vidas significativas y valiosas (Macías y Valero, 2021b).

1.2.2. Características de FACT

La integración de ACT y FAP se denomina *Terapia Funcional Analítica de Aceptación y Compromiso* (FACT). Callaghan et al. (2004) afirman que la principal premisa de FACT es que los seres humanos son seres sociales, y consecuentemente la mayoría de nuestras conductas vienen fortalecidas y mantenidas por los reforzadores sociales. Es importante destacar que FACT resalta las fortalezas tanto de FAP como de ACT, centrándose en los problemas resultantes de los repertorios de evitación experiencial, la configuración de las habilidades de aceptación, y el refuerzo continuo en sesión al servicio de los valores del cliente (Macías y Valero, 2021b). Consecuentemente, esta nueva terapia es teóricamente coherente y fiel a los objetivos de ACT y FAP pero, a su vez, es más amplia e integral. Macías y Valero (2021b, p. 102) comentan que “[FACT] mejora la utilidad y eficacia de [ACT y FAP] por sí solas, 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”.

Como se ha explicado antes, ACT está orientada a procesos de aceptación emocional y al uso del lenguaje, mientras que FAP está centrada en las contingencias que se producen dentro de sesión, utilizando la relación terapéutica para el proceso de cambio y la mejora de las relaciones interpersonales. Es por ello por lo que la integración de ambas terapias ocurre de forma natural, ya que se ponen en marcha las estrategias de ACT dentro de un contexto de interacción y relación terapéutica cercana desde FAP. Finalmente, se debe comentar que FACT concibe el sufrimiento como parte inevitable e inherente de la vida humana y, además, sostiene que son las contingencias personales de la historia del cliente lo que produce respuestas de adaptación al medio.

1.2.3. El uso de FACT en terapia

FACT es una terapia basada en principios conductuales que no se centra en un tipo de población concreta, sino que otorga más importancia a los problemas de la persona. Está

diseñada para tratar los problemas específicos de la persona en lugar de centrarse en el tratamiento de trastornos definidos según los sistemas tradicionales de clasificación diagnóstica (DSM, CIE). Por lo tanto, el terapeuta FACT se preocupa menos por identificar y diagnosticar trastornos que por centrarse en los problemas relacionados con evitación experiencial o relaciones interpersonales (Callaghan et al., 2004). Se puede afirmar entonces que la finalidad de la intervención con este híbrido es ayudar al cliente a encontrar y utilizar repertorios más adaptativos o funcionales, a la vez que aprende formas no limitantes de relacionarse con sus eventos privados. Según Callaghan et al. (2004), la intervención con FACT puede utilizarse con clientes que tienen problemas de naturaleza privada y no pueden ser abordados únicamente con una aproximación centrada en lo personal, como FAP. Y también se puede utilizar con clientes con problemas de amplios déficits de repertorio interpersonal, que no pueden ser abordados solo desde una terapia basada en la aceptación como lo es ACT.

Es importante mencionar que el proceso principal en FACT es el análisis funcional que se realiza sesión a sesión (Macías y Valero, 2021b). Además de este proceso, FACT recoge procesos tanto de ACT como de FAP. Dentro de los procesos que se incorporan desde ACT encontramos: los valores personales, estrategias de aceptación de eventos privados, toma de perspectiva y defusión. Mientras que en los procesos incorporados desde FAP se encuentran: establecer una relación terapéutica intensa, el moldeamiento y la generalización funcional dentro y fuera de terapia.

En FACT se sostiene que la terapia requiere una evaluación e intervención de los problemas interpersonales y de los problemas relacionados con la evitación experiencial, asumiendo que estos problemas se dan tanto dentro como fuera de terapia. Así pues, cuando se empieza la terapia, el terapeuta FACT evalúa los valores y objetivos del cliente. Y a partir de ahí se evalúan los problemas comportamentales de la persona y se delimitan las respuestas para la intervención. Además, en la evaluación con FACT es importante determinar las conductas de evitación que utiliza la persona y evaluar las habilidades que posee para relacionarse interpersonalmente (Callaghan et al., 2004).

Con respecto a la evaluación en FACT, Callaghan et al. (2004) afirman que se realiza de dos formas: a) *El terapeuta pregunta al cliente cuáles son los problemas que tiene*, para especificar dichos problemas como objetivos de la intervención, y b) *Evaluación in vivo*, durante la interacción terapeuta-cliente, el terapeuta observa cómo el cliente se involucra con su experiencia emocional y con la relación terapéutica.

Tras la evaluación, el terapeuta determina cómo evocar comportamientos clínicamente relevantes (CCR) en sesión para poder responder de forma natural cuando estos son desadaptativos, y luego poder dar forma a un conjunto de comportamientos más funcionales. En la intervención el terapeuta debe dar forma a la capacidad del cliente para revelar experiencias emocionales aversivas, ya que compartir dichas experiencias con el terapeuta servirá para mejorar la relación terapéutica (Callaghan et al., 2004). Además, un aspecto importante en la terapia FACT es que el entorno terapéutico les sugiera a los clientes un contexto seguro para que puedan desarrollar nuevos comportamientos -sentimientos y pensamientos que solían evitar-. Durante la intervención, el cliente experimentará pensamientos y sentimientos evocados por intentar relacionarse de forma más eficaz, y el objetivo es que esto le ayude para que las habilidades adquiridas en sesión se puedan generalizar a su vida fuera de ella. Finalmente, cabe destacar que el objetivo de la terapia FACT no es entender los problemas del cliente o ayudarlo a que los entienda, sino aprender a llevar una vida significativa y valiosa a través de orientar comportamientos que llevan al cliente en dirección a ser el tipo de persona que quiere llegar a ser.

Por otro lado, Macías y Valero (2021b) comentan que dentro de consulta se pueden presentar distintas problemáticas como mentiras del cliente, desconfianza, no querer hablar, evitar algún tema, nerviosismo, incomodidad, etc. Por ello, el terapeuta debe adaptar su conducta al repertorio e historia personal del cliente. Además, estos autores sostienen que se puede producir en el cliente una resistencia al cambio que llevaría a un punto muerto. Esto puede llevar a que la terapia con el cliente sea difícil y, según Hanna (2002), se deben dar siete factores para que se produzca un cambio en clientes difíciles: 1) Esperanza del cliente de que se pueda lograr el cambio, 2) Necesidad de cambiar, 3) El cliente es consciente, 4) Compromiso a experimentar ansiedad o dificultad, 5) Disposición a enfrentarse a problemas, 6) Si el cliente tendrá voluntad o se esforzará y 7) Si tiene apoyo social. Si se dan estos factores, consecuentemente, el pronóstico terapéutico será positivo. Por último, es importante mencionar que puede que haya recaídas ya que, como comentan Macías y Valero (2021b, p. 129): *“son un proceso más de la intervención y forman parte del proceso de aprendizaje”*.

Dicho esto, ahora se centrará la atención en comentar brevemente algunos ejemplos tomados de un manual sobre FACT recientemente publicado en español, cuyos autores son Macías y Valero (2021b). Dichos ejemplos son casos terapéuticos abordados desde FACT y los resultados obtenidos.

El primer ejemplo es el caso de un exhibicionista tratado por Paul et al. (1999) utilizando una combinación de ACT y FAP. Se combinaron los principios de ambas terapias para tratar la ansiedad social, el exhibicionismo y el consumo de marihuana de la persona. La terapia se llevó a cabo durante un año y se trabajaron aspectos como la clarificación de valores, la desesperanza creativa, la aceptación de los eventos privados, el yo como contexto, el compromiso para experimentar sus pensamientos y emociones, etc. Dichos aspectos fueron evaluados durante el tiempo que duró la intervención y en el seguimiento que se realizó seis meses después de que finalizase la misma. Como resultados se obtuvo que, tras finalizar la terapia, los impulsos de exposición del cliente y la frecuencia de masturbación pública se redujeron de forma significativa. Además, el cliente desarrolló habilidades sociales y redujo su consumo de marihuana, también hubo una reducción en los niveles de depresión y ansiedad. Por todo esto, se llegó a la conclusión de que FACT es prometedora para tratar a personas con problemas de exhibicionismo, ansiedad y depresión, pero se debe seguir investigando para saber si sirve con otras parafilias.

Un segundo ejemplo fue el estudio realizado por Gifford et al. (2011), en este se desarrolló un tratamiento para abandonar el hábito de fumar. Se seleccionó una muestra de 303 fumadores que fue asignada de forma aleatoria a una de las dos condiciones: tratamiento solo con bupropión -un medicamento de uso generalizado para dejar de fumar- o bupropión más tratamiento basado en la combinación de FAP y ACT. En el tratamiento basado en la combinación de ACT y FAP, se utilizaban procesos de ACT para acabar con la evitación experiencial y elegir comportamientos basados en los valores personales, y los procesos de FAP utilizados ayudaron a conformar contingentemente los procesos de cambio del comportamiento. La intervención duró seis meses y al año se realizó un seguimiento. Los resultados arrojaron que el tratamiento combinado de bupropión con ACT y FAP fue significativamente mejor que el tratamiento solo con bupropión, por lo que se puede decir que la combinación de ACT y FAP puede aumentar las mejoras o los beneficios.

Otro ejemplo fue el que llevaron a cabo Páez y Luciano (2012) al utilizar la integración de ACT y FAP para abordar patrones rígidos de comportamiento. La protagonista del caso fue una adolescente que presentaba un amplio rango de estrategias de afrontamiento desadaptativas con los demás y consigo misma. Tenía un patrón de comportamiento social rígido y otros comportamientos de tipo obsesivo-compulsivo. Por ello, se realizó un análisis funcional para identificar qué contingencias mantenían los problemas de la persona. En la intervención se trabajaron conductas clínicamente relevantes, la relación terapéutica, la desesperanza creativa,

etc. En total se llevaron a cabo 32 sesiones, y se llegó a la conclusión de que la combinación de ACT y FAP sirvió para el abordaje de un patrón disfuncional rígido altamente limitante.

Por último, Baruch et al. (2009) utilizaron la combinación de ACT y FAP para abordar la depresión mayor y comportamientos psicóticos de un estudiante de 21 años. En este estudio se llevaron a cabo un total de 37 sesiones en el transcurso de un año. En dichas sesiones se trabajaron aspectos como la relación terapéutica, habilidades sociales, identificación de valores, metáforas, etc. Se puede concluir que la integración de ACT y FAP en el tratamiento de conductas psicóticas y depresión mayor muestra mejoras en las conductas depresivas, aceptación de los pensamientos, emociones y relaciones interpersonales.

En conclusión, FACT no parece ser solo la combinación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), sino que se abre paso como una alternativa de terapéutica novedosa y efectiva.

Por todo lo expuesto previamente, el presente trabajo pretende examinar la literatura existente sobre la efectividad de FACT para el tratamiento de los problemas psicológicos y, además, explorar si su aplicación conlleva más beneficios que la de ACT y FAP por sí solas.

2. Método

2.1. Estrategia de búsqueda

En el presente trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: PsycARTICLES, PsycINFO, Scopus, Pubmed y Google Scholar; aunque de todas ellas hubo dos en las que se realizaron búsquedas sistemáticas diferentes, y estas fueron PsycARTICLES y Google Scholar.

En primer lugar, se describirá la búsqueda que se realizó en la mayoría de las bases mencionadas anteriormente. Los términos utilizados para la búsqueda fueron en inglés y hasta llegar a la búsqueda óptima sobre este tema se realizaron tres búsquedas diferentes sin restringirlas a un solo campo. Al realizar la primera búsqueda se utilizó el operador booleano OR para obtener el mayor número posible de resultados sobre el tema. La búsqueda concreta fue: “functional” OR “acceptance” OR “commitment” OR “therapy”. Al realizar dicha búsqueda se obtuvo un número demasiado alto de resultados (Figura 3) y la mayoría de ellos no estaban relacionados con la temática del trabajo.

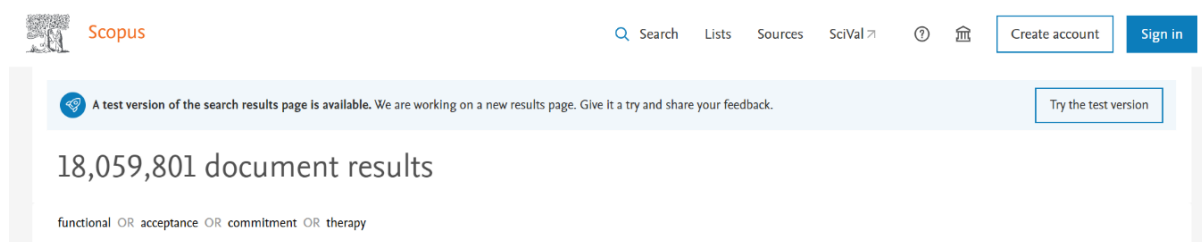


Figura 3. Resultados de la primera búsqueda en base de datos Scopus.

En busca de reducir el gran número de resultados que dio la primera búsqueda, se substituyó el operador OR por el AND para que así los resultados que se obtuviesen en esta nueva búsqueda se refieran sólo a los trabajos que incluyan todos los términos. La búsqueda que se realizó fue: “functional” AND “acceptance” AND “commitment” AND “therapy”. El número de resultados disminuyó considerablemente como se puede apreciar en la Figura 4.

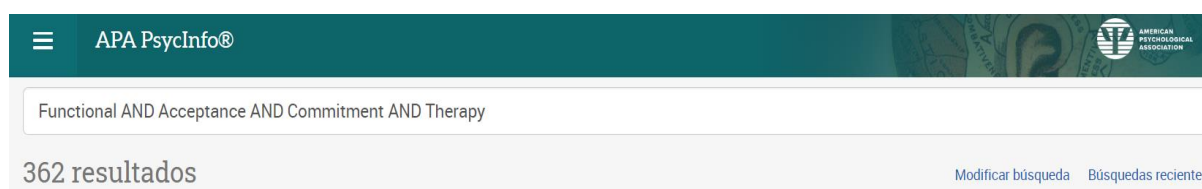


Figura 4. Resultados de la segunda búsqueda en base de datos PsycINFO.

Por último, se realizó una búsqueda más debido a que la gran mayoría de los resultados que se obtuvieron se enfocaban solo en la Terapia de Aceptación y Compromiso y, por tanto, la búsqueda no resultaba eficiente. Por ello se añadió el término “FACT” buscando que los resultados se centraran en la integración de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica Funcional. La búsqueda quedó de la siguiente manera: “functional” AND “acceptance” AND “commitment” AND “therapy” AND “FACT”, y el número de resultados arrojado fue considerablemente menor (Figura 5).

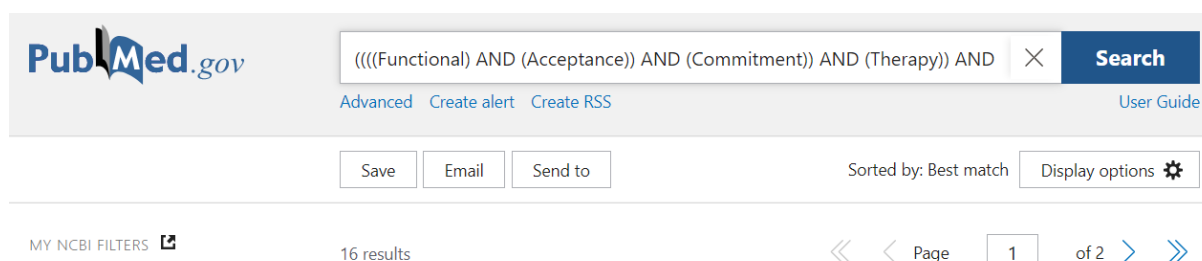


Figura 5. Resultados de la tercera búsqueda en base de datos PubMed.

Con respecto a las búsquedas que se llevaron a cabo en las bases de datos restantes, la búsqueda sistemática realizada en Google Scholar difiere de las demás debido a que la búsqueda

se realizó utilizando términos en español y los campos de búsqueda avanzada de esta base de datos son diferentes a las demás. En la primera y única búsqueda que se llevó a cabo se utilizó el campo “con **todas** las palabras” y se restringió al campo título del artículo. La búsqueda fue de esta forma: “allintitle: Terapia FACT”. Como se puede observar en la Figura 6, esta búsqueda arrojó 5 resultados que están relacionados con el tema principal.

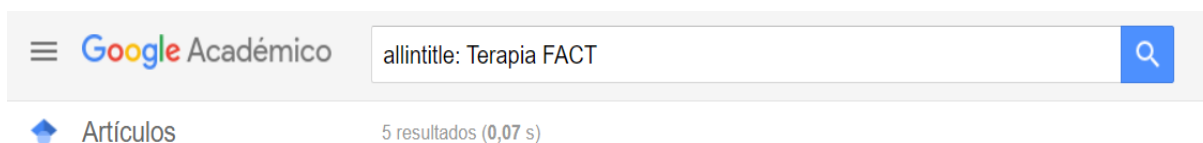


Figura 6. Resultados de la búsqueda en español en base de datos Google Scholar.

Finalmente se describirá la búsqueda realizada en la base de datos PsycARTICLES. En dicha base se realizaron un total de cuatro búsquedas ya que, aunque se realizase las mismas tres búsquedas que en las tres primeras bases de datos, arrojaba un número inabarcable de resultados. Por tanto, se describirá solo la cuarta búsqueda realizada en esta base. Los términos se escribieron en inglés y se añadió el operador if para solo dar prioridad a las palabras importantes del tema, que en este caso son “functional”, “therapy” y “FACT”. La búsqueda quedó así: “functional” AND “if (acceptance)” AND “if (commitment)” AND “therapy” AND “FACT”. Al quitarle importancia a los términos “acceptance” y “commitment” la búsqueda arrojó pocos resultados y más centrados en la temática (Figura 7).

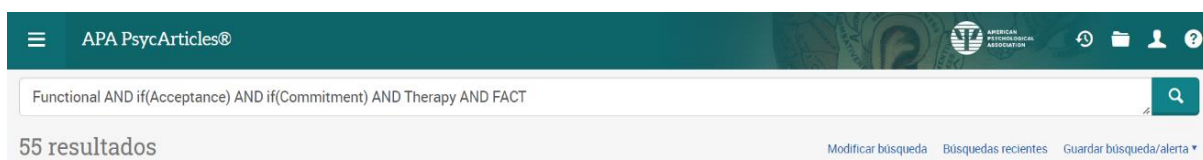


Figura 7. Resultados de la cuarta búsqueda en base de datos PsycARTICLES.

2.2. Selección de estudios

En el presente trabajo se establecen dos criterios de inclusión, el primero consiste en que los trabajos seleccionados traten sobre la Terapia FACT y el segundo consiste en que la bibliografía encontrada esté en inglés o español. Es importante mencionar que solo se establecen dos criterios de inclusión porque al haber poca bibliografía sobre el tema se busca seleccionar el mayor número de estudios que traten sobre esta terapia.

Cabe mencionar que, además de los estudios encontrados en las búsquedas realizadas, se encontraron nuevos estudios a partir de las referencias bibliográficas de los estudios

previamente encontrados, y el tutor del presente trabajo también proporcionó acceso a referencias no cubiertas en las búsquedas.

En el siguiente diagrama de flujo (Figura 8) se muestra de forma detallada el proceso de selección de estudios:

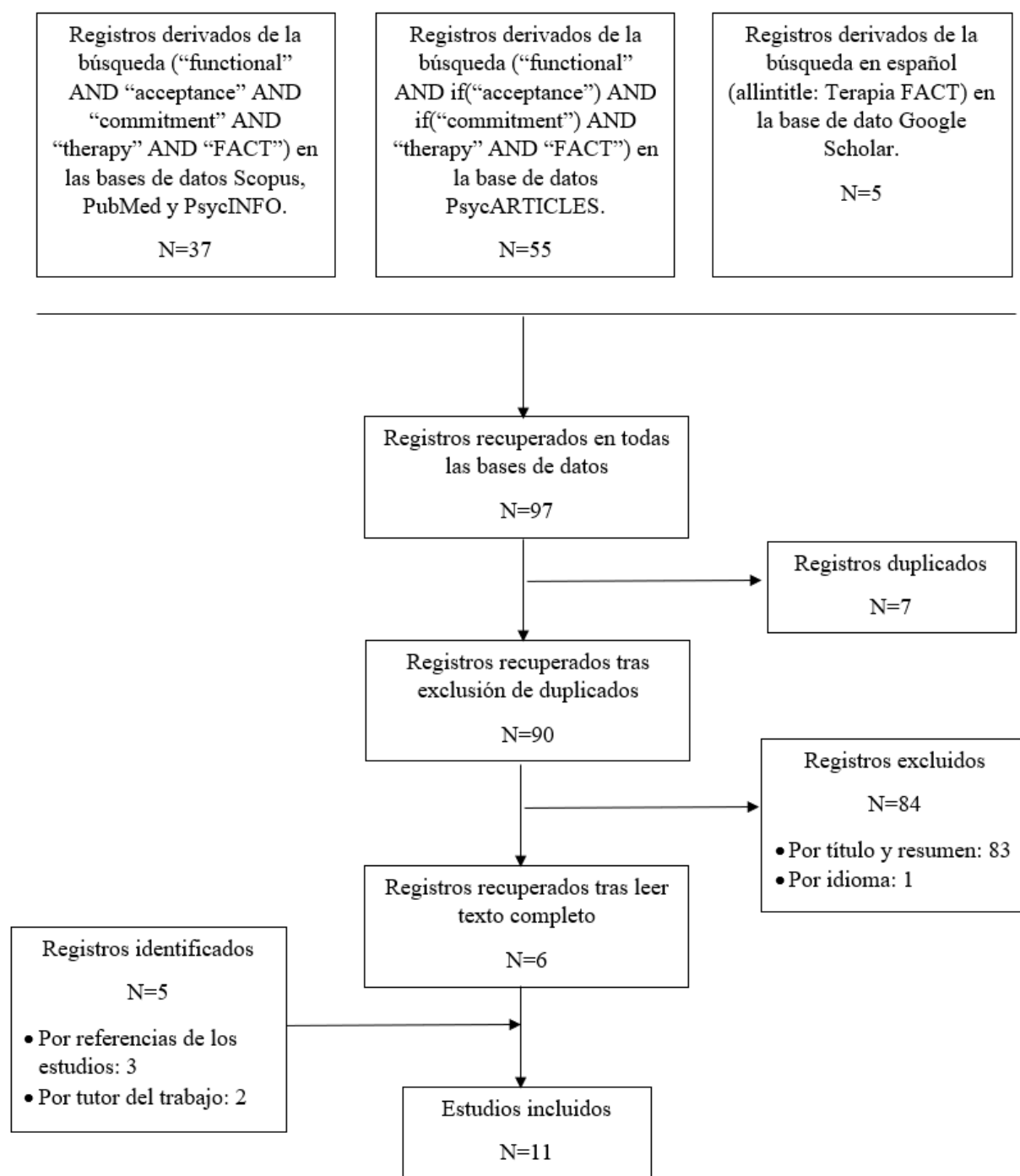


Figura 8. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios

3. Análisis de resultados

El objetivo en este trabajo de revisión sistemática de estudios es analizar la eficacia de la Terapia FACT, sabiendo que nace de la integración de dos terapias, ya existentes y eficaces de por sí, como son la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica Funcional.

En la Tabla 1 se muestran los diversos estudios encontrados durante esta revisión. Cabe destacar que, aunque se ha encontrado estudios tanto empíricos como teóricos, únicamente se describirán los estudios de tipo empírico para así alcanzar el objetivo propuesto en el presente trabajo.

Tabla 1

Estudios encontrados en revisión sistemática de Terapia FACT

Autores	Título del estudio	Tipo de fuente	Tipo de estudio	Año de publicación	Publicado en
Brem, M. J., Coop Gordon, K., y Stuart, G. L.	Integrating Acceptance and Commitment therapy with Functional Analytic Psychotherapy: A case study of an adult male with mixed depression and anxiety	Artículo	Empírico (Estudio de caso)	2020	<i>Clinical Case Studies</i> , 19(1), 34-50.
Callaghan, G. M., Marx, B. P., Gregg, J. A., Kohlenberg, B. S., y Gifford, E.	FACT: The utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering	Artículo	Teórico	2004	<i>Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training</i> , 41(3),195–207.
Kohlenberg, B. S., y Callaghan, G. M.	FAP and Acceptance and Commitment therapy: Similarities, divergence and integration	Capítulo de libro	Teórico	2010	<i>The Practice of Functional Analytic Psychotherapy</i> , 31-46. Springer.
Macías Morón, J. J.	La eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica-Funcional (FACT) para mejorar la salud de empleados y estudiantes	Tesis doctoral	Teórico y Empírico (Ensayo controlado aleatorizado)	2019	Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA)

Macías Morón, J. J., y Valero Aguayo, L.	Applications of FACT in the academic context to improve the health of high school students	Artículo	Empírico (Ensayo clínico controlado)	2021	<i>Behavioral Psychology / Psicología Conductual</i> , 29(3), 579-595.
Macías Morón, J. J., y Valero Aguayo, L.	Fundamentos y aplicaciones clínicas de FACT	Libro	Teórico	2021	Ediciones Pirámide
Macías Morón, J. J., y Valero Aguayo, L.	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	Artículo	Empírico (Estudio de caso)	2021	<i>Análisis y Modificación de Conducta</i> , 47(175), 133-146.
Macías, J. J., y Valero Aguayo, L.	Programa de intervención breve basado en las terapias contextuales para mejorar el bienestar psicológico en el entorno organizacional	Artículo	Empírico (Ensayo no controlado)	2021	<i>Ansiedad y Estrés</i> , 27, 178-184.
Macías, J. J., Valero Aguayo, L., Bond, F. W., y Blanca, M. J.	The efficacy of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees	Artículo	Empírico (Ensayo controlado aleatorizado)	2019	<i>Psicothema</i> , 31(1), 24-29.
Macías, J. J., Schosser, K. K., Bond, F. W., Blanca, M. J., y Valero Aguayo, L.	Enhancing students' well-being with a unified approach based on contextual behavioural science: A randomised experimental schoolbased intervention	Artículo	Empírico (Ensayo controlado aleatorizado)	2022	<i>Applied Psychology: Health and Well-Being</i> , 1-15.
Páez Blarrina, M., y Luciano, C.	La integración de ACT y FAP en el trabajo con patrones rígidos de comportamiento	Capítulo de libro	Teórico	2012	<i>Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)</i> , 47-72. Ediciones Pirámide

A continuación, se muestra la descripción de los estudios empíricos analizados y los resultados obtenidos.

1. Brem et al. (2020) evaluaron la eficacia que tiene la intervención con FACT en casos de depresión junto con ansiedad. Este estudio tiene un diseño de caso único con medidas

repetidas en pretest, posttest y sesión de seguimiento. El participante es un hombre 40 años con depresión y ansiedad al que se le realizó una entrevista para recabar información psicosocial sobre él. Tras esto se le aplicó las medidas pretest y para ello se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1993), la Escala de Conciencia y Atención plena (MAAS; Brown y Ryan, 2003), y la Escala de Auto-Compasión (SCS; Neff, 2003); todos estos cuestionarios se administraron al participante una vez al mes durante los 9 meses que duró la intervención. En total se llevaron a cabo 28 sesiones: a) *Sesiones 1-4*: se introdujeron los principios de ACT y se trabajó la clarificación de valores de la persona; b) *Sesiones 5-14*: se empezó cada sesión con 5 minutos de meditación y se trabajó la defusión cognitiva; c) *Sesiones 15-19*: se centraron en los procesos interpersonales que estaba experimentando la persona; d) *Sesiones 20-23*: se basaron en los cambios y avances que estaba teniendo la persona en su día a día; y e) *Sesiones 24-28*: se trabajó la preparación para el final de la intervención. En cuanto al análisis de datos que se realizó, este fue un análisis pre-post y de la sesión de seguimiento para ver si se producían diferencias en síntomas de depresión, mindfulness, y autocompasión. Los resultados mostraron que se habían reducido significativamente los síntomas de depresión y había aumentado el mindfulness y la autocompasión. En la sesión de seguimiento que se dio 6 meses después de que finalizara el tratamiento se observó que aumentaron ligeramente los síntomas de depresión y de ansiedad, pero ni aumentó ni disminuyó la autocompasión y el mindfulness. Como conclusión de este estudio, se puede decir que utilizar FACT como tratamiento para casos de depresión junto con ansiedad alivia los síntomas de depresión a la vez que incrementa el mindfulness y la autocompasión, y también ayuda a saber cómo responder a procesos intrapersonales e interpersonales relacionados con ACT.

2. En Macías Morón (2019) se encuentra que dentro de esta tesis doctoral hay seis estudios distintos. Cinco de estos estudios han sido publicados como artículos, por lo que se encontraron durante la búsqueda y han sido descritos en el apartado de resultados. Por tanto, solo se describirá aquí el estudio encontrado en esta tesis que no ha sido publicado.

a) En Sexto Estudio: *Eficacia del protocolo FACT en estudiantes de otra cultura* se busca comprobar la eficacia de la intervención FACT para mejorar la salud de estudiantes de otra cultura. El diseño que tiene este estudio es entre-grupos con medidas repetidas pretest, posttest y seguimiento, por tanto, este estudio tiene un diseño factorial 2x3. En principio los participantes de este estudio eran 136 estudiantes de dos centros escolares húngaros; sin embargo, se eliminaron 7 participantes de la muestra inicial (N=129) por no completar todas

las medidas o hacerlo con errores. Cabe mencionar que, aunque la mayoría de estudiantes no tenían ningún tipo de discapacidad, había un porcentaje pequeño de estudiantes de la muestra que presentaba algún tipo de discapacidad. Al principio del estudio, los participantes realizaron el Cuestionario General de Salud (GHQ-12; Goldberg, 1978), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985), el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011) y las Cinco Facetas de la Atención Plena (FFMQ; Baer et al., 2006). Tras esto se les asignó un grupo de forma aleatoria, el grupo experimental (n=66) que realizaba las sesiones de intervención FACT o el grupo control (n=63) que daba clase como siempre. Los estudiantes que pertenecían al grupo FACT realizaron tres sesiones en total, las dos primeras en semanas consecutivas y la última después de una semana de descanso. En las sesiones se trabajaron conceptos básicos como fusión y estancamiento en eventos privados, el Yo como contenido, evitación y control. Tras terminar la intervención, a ambos grupos se les pasó las medidas posttest y 2 meses después se les volvió a evaluar como parte del seguimiento. Después de eso, se realizó el análisis de la varianza (ANOVA) y la comparación de medidas pre, post y seguimiento para observar si se producían diferencias entre ambos grupos con respecto al bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y la atención plena. La conclusión a la que se llegó con este estudio es que FACT mejoró el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y las variables (observar, no juzgar y actuar conscientemente) del FFMQ en los estudiantes pertenecientes al grupo FACT; sin embargo, no se apreciaron cambios respecto a la flexibilidad psicológica medida con el AAQ-II.

3. Macías Morón y Valero Aguayo (2021a) se interesaron por estudiar los beneficios para la salud de estudiantes de bachillerato que se pueden obtener a partir de las aplicaciones de la Terapia FACT. Este estudio utilizó un diseño entre-grupos y medidas repetidas pre-post. Se empezó evaluando a todos los participantes del estudio (N=112), para ello se les administró el Cuestionario General de Salud-12 (GHQ-12; Goldberg, 1992), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larson, y Griffin, 1985), el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011), la Escala de Conciencia y Atención plena (MAAS; Brown y Ryan, 2003), y el Autoconcepto forma 5 (AF5; García y Musitu, 1999). Tras esto se dividió a los estudiantes en dos grupos: los estudiantes de primero de bachillerato conformaron el primer grupo (n=71) y los estudiantes de segundo de bachillerato conformaron el segundo grupo (n=41). El grupo de primero, después de la evaluación inicial, tuvo una primera fase como grupo control estando en lista de espera durante un mes; tras la finalización de dicho mes, volvieron a ser evaluados y empezaron la intervención con el programa FACT. Este programa

constaba de 3 sesiones grupales en las que se trabajaron actividades y procesos como desesperanza creativa, yo como contexto, clarificación de valores, defusión, toma de perspectiva, etc. En cambio, el grupo de segundo de bachillerato empezó directamente la intervención breve con ACT y se trabajó estrictamente solo los principios y conceptos de esta terapia. Tras la implementación de las condiciones experimentales, se utilizó la prueba ANOVA (2 x 2) para analizar las diferencias de cada intervención sobre la salud general, satisfacción de vida, flexibilidad psicológica, atención plena y autoconcepto de los estudiantes. Además, se utilizó la *t* de Student en el grupo FACT (1º de bachillerato) para ver las diferencias pre1 y pre2. Y, por último, se comparó el grupo ACT (2º de bachillerato) pre-post y se utilizó la *d* de Cohen para saber la magnitud de los cambios de cada grupo. La conclusión a la que se llegó con este estudio es que tanto la terapia ACT como FACT son eficaces para mejorar el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida. Sin embargo, se aprecian diferencias: a) la flexibilidad psicológica, atención plena y satisfacción vital es superior en el grupo ACT, y b) el autoconcepto académico y emocional es superior en el grupo FACT.

4. En un estudio de Macías Morón y Valero Aguayo (2021c) se buscó comprobar la utilidad de FACT para mejorar el estrés laboral. En cuanto al diseño del estudio, este es uno de caso único, que ha sido replicado en dos participantes distintos, con medidas repetidas pretest, posttest y sesión de seguimiento. En este estudio participaron dos trabajadores de una empresa agrícola, a cada uno de ellos se les realizó una entrevista para encontrar las conductas problema y se realizó un análisis funcional. También se aplicó el Cuestionario de Salud General (GHQ-12; Goldberg y Williams, 1988), la Escala de Observación de Recompensa Ambiental (EROS; Armento y Hopko, 2007), y la Subescala de Bienestar Laboral de la Escala de Bienestar Psicológico (EBP; Sánchez-Cánovas, 2007). Tras completar las medidas pretest, se inició la intervención con FACT durante cuatro sesiones. En dichas sesiones se trabajaron los siguientes elementos: a) *Generar un estado de desesperanza creativa*, b) *Clarificación de valores compromiso y acción*, c) *Desarrollar un estado de defusión*, d) *Aceptación*, e) *Moldeamiento de conductas*, y f) *Generalización funcional*. Y al finalizar todas las sesiones se aplicaron los mismos cuestionarios como medidas posttest. Después de tres meses, cada participante tuvo una sesión de seguimiento en la que se volvieron a aplicar los cuestionarios y valoraron los progresos realizados. Para analizar los datos, se realizó una comparación pretest, posttest y seguimiento de las variables dependientes. Como conclusión, se comprobó que la intervención con FACT resulta efectiva tras observarse una mejoría en la salud general, en el reforzamiento social y en la satisfacción laboral de ambos trabajadores.

5. En este estudio, Macías y Valero Aguayo (2021d) buscaban comprobar la eficacia que podía tener un programa FACT en un grupo de trabajadores y, también, observar si mejoraba el bienestar psicológico, personal y laboral de los mismos. El diseño utilizado fue intra-grupos cuasi experimental con medidas repetidas pre-post. En primer lugar, se llevó a cabo una sesión grupal en la que se explicó los objetivos de la intervención y algunos procesos del programa. Tras esto se administró el Cuestionario de Salud General (GHQ-12; Goldberg y Williams, 1988; Sánchez-López y Dresch, 2008) como criterio de inclusión a los 25 trabajadores de la empresa, y se seleccionó a 15 para el grupo de intervención ya que fueron los que obtuvieron la puntuación de 12, considerada como criterio para estar en riesgo de tener problemas psicológicos. Como medidas pretest también se utilizó la Escala de Observación de Recompensa Ambiental (EROS; Armento y Hopko, 2007; Barraca y Pérez-Álvarez 2010) y la Subescala de Bienestar Laboral de la Escala de Bienestar Psicológico (EBP; Sánchez-Cánovas, 2007). Con respecto a la intervención, se llevó a cabo un programa FACT breve en el que cada participante recibió dos sesiones individuales y una sesión grupal, y también ejercicios y tareas para casa. En cuanto a las sesiones del programa, estas se basaron en la combinación de los procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica Funcional. En concreto, en sesión se trabajó la desesperanza creativa y el control como problema, valores y compromiso, aceptación, defusión y toma de perspectiva, moldeamiento, y generalización funcional. Por último, tras terminar todas las sesiones de FACT se pasó el posttest a los trabajadores. En el análisis de datos se utilizó la medición pre-post para observar los efectos que tuvo la intervención FACT (variable independiente) sobre los efectos en el bienestar psicológico, la aproximación a actividades reforzantes y la satisfacción laboral de los trabajadores (variable dependiente). Además, para verificar que existían diferencias significativas entre las medias pretest y posttest del grupo experimental, se utilizó el estadístico de contraste no paramétrico de Wilcoxon. La conclusión de este estudio es que este programa puede ayudar a mejorar la salud de los trabajadores en períodos breves de tiempo. Esto debido a que se observaron mejoras en la salud general de los trabajadores y, a su vez, disminuyó la probabilidad de presentar problemas psicológicos. Además, se comprobó que la intervención tuvo un efecto positivo tanto en el bienestar psicológico como en la recompensa ambiental.

6. Macías et al. (2019) realizaron un estudio para observar la eficacia de FACT para mejorar la salud de empleados públicos. Para ello, utilizaron un diseño pre-post con lista de espera para grupo control y asignación aleatoria de grupos. Se empezó con las medidas pretest y para ello se administró a la muestra inicial (N=106) el Cuestionario de Salud General (GHQ-

12; Goldberg, 1992) y el Maslach Burnout Inventory General-Survey (MBI-GS; Schaufeli, Leiter, Maslach, y Jackson, 1996). Tras analizar las puntuaciones obtenidas en ambos cuestionarios, se seleccionó a 43 participantes de la muestra inicial que fueron asignados de forma aleatoria al grupo FACT (n=22) o al grupo control en lista de espera (n=21). Sin embargo, la muestra final fue de 38 participantes ya que 4 de ellos fueron excluidos del estudio. El grupo FACT (n=19) asistió a tres sesiones individuales mientras el grupo control (n=19) permaneció en lista de espera las semanas que duró la intervención FACT, y tras este período se aplicó las medidas posttest a ambos grupos. Con respecto a las sesiones que se llevaron a cabo, estas se centraron en trabajar la evitación, la aceptación de experiencias privadas, el compromiso con una vida significativa relacionada con la presencia del malestar, el Yo como contexto, la toma de perspectiva, etc. En cuanto al análisis de datos, la intervención FACT fue considerada una variable independiente de dos niveles y se utilizó el análisis de covarianza (ANCOVA) para las variables dependientes teniendo como objetivo comprobar si se producían diferencias significativas en burnout, ansiedad, depresión, etc. La conclusión a la que se llegó en este estudio es que la intervención con FACT disminuye el malestar psicológico, produce mejoras en la salud mental y el burnout, y aumenta la flexibilidad psicológica de los trabajadores.

7. En Macías et al. (2022) se quiso probar la eficacia que tiene FACT para mejorar el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y la atención plena en estudiantes de bachillerato. El diseño del estudio fue experimental entre-grupos con medidas repetidas pre-post y con aleatorización de participantes en dos grupos: grupo experimental (FACT) y grupo control. Este estudio se llevó a cabo en tres centros de secundaria diferentes (N=94) y en cada uno de estos centros se formaron dos grupos: grupo FACT (n=50) y grupo control (n=44). Se empezó pasando el pretest, por lo que se administró a los 94 estudiantes el Cuestionario General de Salud-12 (GHQ-12; Goldberg, 1978), el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011), el Cuestionario de las Cinco Facetas de Atención Plena (FFMQ; Baer et al., 2006) y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener, 2009). Tras esto se inició la intervención con el grupo experimental, esta consistió en 3 sesiones grupales que se llevaron a cabo en un período de 4 semanas. Mientras tanto el grupo control solo realizó los cuestionarios pretest y posttest en el mismo intervalo de tiempo que el grupo experimental. En cuanto a las sesiones que se realizaron, estas se basaron en trabajar procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso, el Mindfulness y la Psicoterapia Analítica Funcional. Con respecto al análisis de datos que se realizó, este fue un ANOVA con medidas repetidas para dos factores (puntuaciones pre-post y grupo experimental o control) en todas las variables. Además, se realizó otro

ANOVA con medidas repetidas teniendo en cuenta el sexo como factor para observar si se producían diferencias entre sexos. Los resultados mostraron que al iniciar el estudio ambos grupos tuvieron puntuaciones parecidas en las medidas pretest administradas. Sin embargo, en el posttest se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en malestar en el GHQ, en la satisfacción por la vida, en la flexibilidad psicológica, y en mindfulness. Además, estas diferencias también se observaron en mujeres y hombres, teniendo las mujeres puntuaciones más altas en las medidas. En general, se puede decir que la intervención contextual breve produjo mejoras en el bienestar psicológico. Sin embargo, respecto a las variables satisfacción por la vida, flexibilidad psicológica y mindfulness se sugiere que la intervención sea más prolongada para que se produzcan cambios mayores. Como conclusión, se ha comprobado que bastan dos o más sesiones de intervención para generar cambios en el bienestar psicológico de las personas.

4. Conclusiones

Como se ha ido comentando a lo largo de este trabajo, la Terapia Funcional Analítica de Aceptación y Compromiso (FACT) nace de la integración de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Por consiguiente, se puede decir que FACT toma lo mejor de ambas terapias para formar una terapia novedosa y mejorada, porque suple las carencias que pueden presentarse tanto en terapia con ACT como en terapia con FAP. Así pues, FACT adopta en su intervención procesos como la generalización, la clarificación de valores, la aceptación, la importancia de la relación terapéutica, etc. Por ello, se puede afirmar que la intervención FACT tiene como fin lograr que se integren procesos basados en la evidencia y que estén alejados del diagnóstico psicológico. Además, FACT entiende el sufrimiento humano como parte inseparable de la existencia humana y no como síntoma de algún síndrome o trastorno. Por lo tanto, se ayuda a las personas a aceptar aquello que no son capaces de cambiar y poder adoptar nuevos repertorios comportamentales funcionales y adaptativos.

Históricamente, tanto desde ACT como FAP se ha planteado la utilidad que puede tener el uso de una con otra. Esta idea no resulta incoherente al saber que ambas son aproximaciones compatibles y complementarias entre sí. Se han planteado tres formas de integrar ambas aproximaciones: utilizar la relación terapéutica mientras se lleva a cabo ACT, utilizar repertorios de aceptación mientras se lleva a cabo FAP y la integración completa de ACT y FAP. Si se tiene que explicar lo que es FACT, se ha de decir que es la integración completa de

ambas aproximaciones. Esta aclaración es fundamental ya que ayuda a poder diferenciar el uso de FACT del uso de principios de FAP cuando se utiliza ACT y viceversa. Además, al ser FACT la combinación íntegra de FAP y ACT, sirve para abordar las limitaciones que presentan estas dos aproximaciones por sí solas. Por consiguiente, se puede pensar que FACT es una terapia innovadora y prometedora.

Tras la revisión de los estudios comentados, se ha podido comprobar que la intervención con FACT en distintas poblaciones ha conllevado mejoría y beneficios en cada una de ellas. Se ha observado que ha ayudado a que aumente el bienestar psicológico, la salud general y la salud mental, mientras que disminuyen las conductas depresivas, el malestar psicológico y la probabilidad de tener problemas psicológicos. Además, en población laboral favoreció el aumento de la satisfacción laboral y la disminución del *burnout*. La satisfacción con la vida y la flexibilidad psicológica mostraron una mejoría tras la intervención con FACT, sin embargo es recomendable que la intervención sea más prolongada para que se obtengan mayores cambios.

Cabe mencionar que la literatura existente sobre FACT es aún escasa, esto se puede comprobar observando el número de estudios encontrados y revisados en el presente trabajo. A pesar de los resultados obtenidos en los estudios revisados, se puede observar que la mayoría de ellos se han realizado por los mismos investigadores y que han sido tomados de una misma tesis doctoral. Además, entre estos estudios encontramos estudios de caso, estudios no controlados y estudios no aleatorizados. También se debe mencionar que dichos estudios no han sido replicados. Por último, es importante destacar que de todos los estudios revisados, solo uno comparó los resultados obtenidos de la intervención con FACT con los que se obtuvieron a partir de la intervención de ACT por sí sola.

Por todo lo mencionado anteriormente, se puede decir que actualmente es imprudente afirmar que FACT tiene efectividad para tratar problemas psicológicos. Para poder concluir que esta nueva aproximación es eficaz a la hora de abordar problemas psicológicos, se necesitan condiciones como que haya un número mayor de investigaciones, que dichas investigaciones procedan de distintos investigadores o grupos de investigación, que se realicen más estudios controlados aleatorizados, etcétera. Asimismo, tampoco hay investigaciones que permitan comprobar que el uso de FACT es más efectivo que el uso de ACT o FAP por sí solas. De hecho, el único estudio encontrado que compara los efectos de FACT con los de ACT, tuvo

como resultado que aunque ambas proporcionasen beneficios, ACT proporcionó más beneficios en algunos aspectos que FACT.

En vista de la literatura que hay hoy en día, se puede concluir que FACT resulta una aproximación coherente y necesaria que, a pesar de aún no poder comprobar su eficacia, vislumbra un futuro prometedor en la psicología clínica.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª. ed). Editorial Médica Panamericana.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M. y Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in acceptance and commitment therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8(3), 241-257. <https://doi.org/10.1177/1534650109334818>
- Brem, M. J., Coop Gordon, K. y Stuart, G. L. (2020). Integrating acceptance and commitment therapy with functional analytic psychotherapy: A case study of an adult male with mixed depression and anxiety. *Clinical Case Studies*, 19(1), 34–50. <https://doi.org/10.1177/1534650119883351>
- 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(3), 195–207. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.195>
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y Vives Montero, M. C. (2000). Aplicación de la psicoterapia analítica funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(106), 291-317.
- 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-Martín, S., López-Ríos, F. y Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.

- Hanna, F. J. (2002). *Therapy with difficult clients: Using the precursors model to awaken change*. American Psychological Association.
- 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., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Strosahl, K. y Follete, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1151-1168.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A. y 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.
- Kohlenberg, B. S. y Callaghan, G. M. (2010). FAP and Acceptance and Commitment therapy: Similarities, divergence and integration. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 31–46). Springer.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.

- Macías Morón, J. J. (2019). *La eficacia de la terapia de aceptación y compromiso y la psicoterapia analítica-funcional (FACT) para mejorar la Salud en Empleados y Estudiantes*. Repositorio Institucional de La Universidad de Málaga (RIUMA). <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/19070>
- Macías Morón, J. J. y Valero Aguayo, L. (2021a). Applications of FACT in the academic context to improve the health in high school students. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(3), 579–595. <https://doi.org/10.51668/bp.8321304n>
- Macías Morón, J. J. y Valero Aguayo, L. (2021b). *Fundamentos y aplicaciones clínicas de FACT*. Ediciones Pirámide.
- Macías Morón, J. J. y Valero Aguayo, L. (2021c). 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. *Análisis y Modificación de Conducta*, 47(175), 133-146. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v47i175.4803>
- Macías Morón, J. J. y Valero Aguayo, L. (2021d). Programa de intervención breve basado en las terapias contextuales para mejorar el bienestar psicológico en el entorno organizacional. *Ansiedad y Estrés*, 27, 178-184. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a23>
- Macías Morón, J. 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. <http://doi.org/10.7334/psicothema2018.202>
- Macías, J., Schosser, K. K., Bond, F. W., Blanca, M. J., & Valero-Aguayo, L. (2022). Enhancing students' well-being with a unified approach based on contextual behavioural science: A randomised experimental school-based intervention. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1–15. <https://doi.org/10.1111/aphw.12365>

- Muñoz Martínez, A. M. y Coletti, J. P. (2015). La psicoterapia analítico funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 43-48.
- Páez Blarrina, M. y Gutiérrez Martínez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.
- Paul, R. H., Marx, B. P. y Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30, 149-162.
- Reyes Ortega, M. A., Kanter, J. W. y Ascencio Guirado, M. (2017). *Psicoterapia analítica funcional: una guía clínica para usar la interacción terapéutica como mecanismo de cambio*. Editorial Brujas.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D. y Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Villalobos, A., Díaz, M. I., Ruiz, M. A. y González, M. P. (2017). Terapias de tercera generación. En M. A. Ruiz, M. I. Díaz, & A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 513–552). Desclée De Brouwer.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.