

APLICACIONES DE FACT EN EL CONTEXTO ACADÉMICO PARA MEJORAR LA SALUD EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

Juan José Macías Morón¹ y Luis Valero-Aguayo²

¹*Universidad Católica San Antonio de Murcia*; ²*Universidad de Málaga (España)*

Resumen

Las terapias contextuales o de tercera generación cada vez acumulan más evidencia sobre su eficacia en diferentes contextos y condiciones clínicas. Este estudio compara en estudiantes de primero y segundo de bachillerato ($n= 112$), la eficacia de un programa basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) frente a un programa combinado añadiendo estrategias de la psicoterapia analítica funcional (FAP) y resultando en una aproximación denominada terapia funcional de aceptación y compromiso (FACT). El propósito de esta intervención consistió en extraer los procesos más relevantes para el cambio, con el objetivo de diseñar programas de formación basados en la ciencia conductual contextual para mejorar la salud de los estudiantes. Los resultados indicaron que ambas intervenciones produjeron cambios estadísticamente significativos mejorando la salud de los estudiantes. El programa combinado con FACT fue superior en la variable autoconcepto. Se discuten las implicaciones y diferencias de ambos programas breves para mejorar la salud de los estudiantes en breves periodos de tiempo, desde una metodología conductual adaptada al contexto académico.

PALABRAS CLAVE: *programa breve, terapias contextuales, FACT, salud escolar.*

Abstract

There is growing evidence showing the efficacy of contextual or third-generation therapies in various contexts and clinical conditions. In large groups of first- and second-year high school students ($n= 112$), the present study compares the efficacy of applying a program based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) versus a combined program using strategies from Functional-Analytical Psychotherapy (FAP), resulting in a so-called FACT approach. The purpose of this intervention was to extract the most relevant processes underpinning clinical changes to design training programs based on contextual behavioral science to improve students' health. The results indicated that both interventions produced statistically significant improvement in the health of the students. The program combined with FACT was superior in the self-concept variable. The implications of both brief programs to improve students' health in short periods are discussed on the basis of a behavioral methodology adapted to the academic context.

KEY WORDS: *brief therapy, contextual therapies, FACT, school health.*

Introducción

En las últimas décadas, diferentes estudios epidemiológicos han documentado niveles elevados de malestar psicológico entre estudiantes (Duffy, Twenge y Joiner, 2019; Takahashi *et al.*, 2020). Aunque los alumnos experimentan niveles altos de malestar psicológico, solo entre el 11,7-18,45% deciden buscar ayuda (Blanco *et al.*, 2008). Las consecuencias del malestar psicológico, en muchas ocasiones interfiere en diversos aspectos de la vida de los estudiantes, como el rendimiento académico, las actividades diarias, la salud física, emocional y la calidad de vida (Andrews y Wilding, 2004). La etapa de la adolescencia puede ser convulsa, pero también tiene la capacidad de iniciar estrategias que favorezcan el desarrollo y cambien el curso de su vida adulta. Intervenir en estos periodos es uno de los mayores indicadores para el éxito posterior (Swain, Hancock, Dixon y Bowman, 2015) y para prevenir futuras problemáticas antes de la universidad, donde comienzan la mayoría de las dificultades de la vida adulta (Megivern, Pellerito y Mowbray, 2003).

Como modelo transdiagnóstico se han postulado diferentes intervenciones basadas en el contextualismo funcional, que recoge la filosofía del análisis experimental del comportamiento Skinneriano adaptado al entorno clínico. Las dos terapias más representativas de esta fuente son: la terapia de aceptación y compromiso (*acceptance and commitment therapy*, ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la psicoterapia analítica funcional (*functional analytic psychotherapy*, FAP; Kohlenberg y Tsai, 2021) con resultados consistentes en diferentes condiciones clínicas (A-Tjak *et al.*, 2015; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Kanter *et al.*, 2017). Ambas aproximaciones utilizan un marco de conducta analítico y contextual para abordar problemas clínicos complejos, cuyo vehículo clínico es la relación terapéutica y la aceptación. Asimismo, ambas están enraizadas en los principios del comportamiento, como el refuerzo negativo y positivo, el castigo, el moldeamiento, la extinción, el escape y la evitación, que se aplican a los eventos privados e interacciones interpersonales bajo el análisis funcional. Desde un nivel filosófico, las raíces teóricas de ambos enfoques no difieren en cuanto a su carácter analítico y estar basados en la terapia conductual, y su adaptación conjunta comparte su filosofía de ciencia. Desde sus inicios, ambas psicoterapias han ido creciendo paralelamente y se han apoyado con evidencia la una a la otra. La terapia de aceptación y compromiso se basa más en los procesos derivados y enmarcados del lenguaje mediante la conducta verbal, desarrollada por la teoría de los marcos relacionales (Hayes *et al.*, 2001). La psicoterapia analítica funcional se basa en las contingencias, lo que ocurre en sesión, con el objetivo de producir cambios *in situ*. Asimismo, genera las contingencias adecuadas, empleando el moldeamiento de las operantes verbales, la relación terapéutica y la generalización funcional para modificar la conducta del individuo dentro y fuera de la sesión. La psicoterapia analítica funcional puede ser sintetizada como una terapia más profunda, que busca producir cambios radicales en las personas, especialmente indicada para problemáticas complejas e interpersonales.

La ACT puede ser más fácilmente aplicable ya que sus procesos son menos invasivos y más atractivos, aunque con las mismas bases y principios conductuales.

Por lo tanto, aprender previamente un repertorio básico de aceptación antes de abordar problemas complejos ha demostrado su utilidad para luego generar un contexto de relación terapéutica (Callaghan *et al.*, 2004). Esta terapia ha sido aplicada con éxito en el entorno educativo (Danitz, Suvak y Orsillo, 2016; García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018; Gillard, Flaxman y Hooper, 2018; Lillis y Hayes, 2007). Asimismo, la combinación de ambas aproximaciones también ha mostrado su eficacia en el entorno académico para mejorar la salud, en estudiantes y los logros escolares (Cattivelli, Musetti y Perini, 2014; Macías y Valero, 2021a,b; Páez-Blarrina y Luciano, 2012).

Ya se ha demostrado en la literatura que ambas aproximaciones aplicadas de forma conjunta pueden actuar de manera sinérgica. Precisamente, en los inicios se aplicaron de manera conjunta por compartir las raíces contextuales y su inevitable combinación (Callaghan *et al.*, 2004; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Tsai *et al.*, 2009). El conocimiento de las bondades de ambas aproximaciones conduce inevitablemente a combinarlas y conocer el alcance de su integración. Así como ver la posible eficacia diferencial de un programa de terapia funcional de aceptación y compromiso (FACT), donde convergen los procesos más importantes de ACT y FAP, frente a un programa solo con ACT. Este estudio puede suponer el punto de partida para recoger información sobre los procesos que pueden ser más importantes en mejorar la salud de estudiantes. Asimismo, puede suponer la puerta de entrada para emplear procedimientos complejos basados en psicoterapias de corte conductual y clínico pero adaptados y convertidos al lenguaje de los estudiantes de forma poco invasiva y entretenida. El propósito es ofrecer intervenciones basadas en la evidencia promoviendo la adherencia con metodología y terminología sencilla pero profunda, con arraigo en las leyes que regulan el comportamiento.

Método

Participantes

Este estudio se realizó con 112 estudiantes de primero ($n= 71$) y segundo de bachillerato ($n= 41$), de entre 16 y 19 años de edad ($M= 17,18$; $DT= 1,02$), de los cuales 65 eran chicas y 47 eran chicos. El grupo de primero tenía una edad media de 16,67 años y el segundo una edad media de 17,70. En primero de bachillerato había 38 chicas y 33 chicos, mientras que en segundo curso había 27 chicas y 14 chicos. Todos los estudiantes pertenecían al mismo instituto y las sesiones se realizaron en el aula de cada curso. Los criterios de inclusión en el estudio fueron que los participantes realizaran al menos dos de las tres sesiones y que quisieran participar voluntariamente puesto que podrían beneficiarse de una intervención que ha demostrado su eficacia.

Instrumentos

- a) "Cuestionario general de salud-12" (*General Health Questionnaire-12*, GHQ-12; Goldberg, 1992), versión en español de Sánchez-López y Dresch (2008). Este cuestionario de autoinforme de 12 ítems mide el bienestar psicológico. Los ítems

se califican usando una escala Likert de cuatro puntos desde 0 (mejor que lo usual) hasta 4 (mucho menos que lo usual). Las puntuaciones por encima de 12 en los ítems indican mayores niveles de malestar psicológico. En la adaptación española el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,76, y en este estudio fue de 0,70.

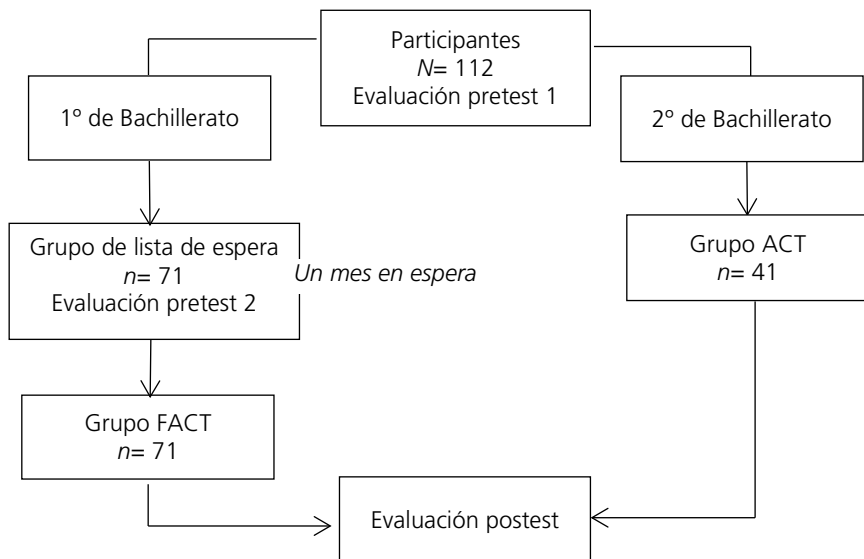
- b) "Escala de satisfacción con la vida" (*Satisfaction with Life Scale*, SWLS; Diener Emmons, Larson y Griffin, 1985), versión en español de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). Esta escala de cinco ítems mide la satisfacción con la vida. Los participantes indican cuánto están de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado de los ítems utilizando una escala de siete puntos, que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Las puntuaciones más altas en este cuestionario muestran una mayor satisfacción con la vida. Los estudios sobre este cuestionario han encontrado índices que oscilan entre 0,79 y 0,89. En este estudio, el coeficiente alfa de Cronbach de esta escala fue de 0,83.
- c) "Cuestionario de aceptación y acción II" (*Acceptance and Action Questionnaire-II*, AAQ-II; Bond *et al.*, 2011), versión en español de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán (2013). Este cuestionario de autoinforme tipo Likert de siete ítems mide la flexibilidad psicológica. Esta escala evalúa la evitación experiencial y la aceptación psicológica, que son aspectos clave en ACT. Cuenta con siete ítems calificados de 1 (nunca) a 7 (siempre). Las puntuaciones más altas indican niveles más bajos de flexibilidad psicológica. El instrumento original tiene unos coeficientes alfa de Cronbach entre 0,79 y 0,84. En este estudio fue de 0,88.
- d) "Escala de conciencia y atención plena" (*Mindful Attention Awareness Scale*, MAAS; Brown y Ryan, 2003), versión en español de Soler *et al.* (2012). La MAAS consta de 15 ítems que se puntúan en una escala Likert de seis puntos, entre 1 (casi siempre) y 6 (casi nunca). Mide el grado de atención plena en la vida diaria y puede aplicarse sin que los participantes hayan tenido experiencia previa con el entrenamiento en atención plena. La puntuación se obtiene a partir de la media aritmética del total de los ítems. Puntuaciones más elevadas indican mayor estado de atención plena. El cuestionario original obtuvo coeficientes alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,87. En este estudio fue de 0,89.
- e) "Autoconcepto forma 5" (AF5; García y Musitu, 1999). Este cuestionario consta de 30 ítems y evalúa cinco dimensiones de la autoestima (seis ítems en cada dimensión): académica, social, emocional, familiar y física. Todos los ítems tienen una escala de respuesta de 1-99. A mayor puntuación obtenida en cada dimensión, mayor autoconcepto en esa área. Investigaciones anteriores han encontrado alfas de Cronbach de 0,89 (académica), 0,73 (social), 0,73 (emocional), 0,80 (familiar) y 0,78 (física). En este estudio, fue de 0,78 (académica), 0,70 (social), 0,80 (emocional), 0,85 (familiar) y 0,75 (física).

Procedimiento

Se utilizó un diseño entre grupos con medidas repetidas y grupo control en lista de espera. La asignación de los participantes se realizó en cada grupo según el curso académico en el que estaban. El grupo de estudiantes de primero de bachillerato tuvo una primera fase como grupo control en lista de espera, después de la

evaluación y tras un mes de espera, fueron evaluados de nuevo. A partir de ahí comenzaron la intervención con el programa FACT. Por su parte, el grupo de estudiantes de segundo de bachillerato pasaron a realizar directamente la intervención breve con ACT y fueron evaluados de nuevo al terminar. Ambos grupos tuvieron tres sesiones con una u otra intervención, según el grupo al que pertenecían. La figura 1 presenta el diseño experimental y número de participantes de cada grupo.

Figura 1
Asignación de los tratamientos con FACT y ACT



Nota: FACT= terapia funcional de aceptación y compromiso; ACT= terapia de aceptación y compromiso.

Los estudiantes iniciaron su participación en este estudio a través de una reunión con la junta directiva del instituto, con el objetivo de promover la salud en el entorno académico demandado por el jefe de estudios del centro. Este estudio fue llevado a cabo en un instituto de secundaria de Marbella (Málaga), en la misma aula habitual, durante una hora libre en sus agendas escolares. Cada grupo tuvo su propia intervención de tres sesiones grupales; un grupo con ACT y otro grupo con FACT. Este estudio fue aprobado por el comité ético con nº de registro CEUMA: 47-2018-H. Inicialmente en la evaluación pretest, todos los participantes cumplieron el consentimiento informado sobre el estudio, la confidencialidad, y el tratamiento anónimo de datos.

Los asistentes tenían que cumplir con al menos dos de las tres sesiones para ser incluidos en el estudio. Las dos primeras sesiones fueron en semanas consecutivas y la sesión final tuvo lugar al cabo de dos semanas. Este período de tiempo se utilizó para practicar las habilidades aprendidas en las dos primeras sesiones. El grupo ACT recibió la intervención tras rellenar los cuestionarios, mientras que el grupo FACT permaneció un mes en lista de espera como grupo control tras la primera evaluación.

Tras ese mes, volvieron a realizar otra medida de evaluación para observar las diferencias e inmediatamente después empezaron con la intervención. Cada sesión grupal duró 60 minutos en el aula habitual de los estudiantes. El grupo que recibió FACT, fue reunido en un aula especial para dar cabida a los 71 alumnos y las medidas posttest se completaron después de la última sesión.

En el grupo ACT no se utilizaron ninguno de los componentes de FAP, intentando ser lo más estrictos posibles con el programa. En los anexos 1 y 2 aparecen los distintos elementos que se incorporaron tanto en ACT como en FACT, respectivamente. El programa combinado con FACT incluyó además las estrategias de reglas terapéuticas, moldeamiento e interacción relacional que utiliza FAP.

Las intervenciones se aplicaron utilizando una adaptación del formato "2+1" (Barkham y Shapiro, 1990), que ha demostrado su utilidad a lo largo del tiempo en diferentes condiciones. El corazón de la intervención se inspira en los trabajos previos de Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012) y Glover *et al.* (2016); interacciones y reglas de la psicoterapia analítica funcional (Tsai *et al.*, 2009); y estrategias de la terapia de aceptación y compromiso adaptadas del contexto laboral (Flaxman, Bond y Livheim, 2013; Macías *et al.*, 2019) así como la metodología incluida en Macías y Valero (2021a). Asimismo, se utilizó el programa final que sirvió como extensión a ese ámbito académico previamente validado con FACT (Macías *et al.*, 2019). Algunos procedimientos como, por ejemplo, la atención plena (*mindfulness*) se incluyeron desde una perspectiva analítica funcional y como procesos de extinción/refuerzo diferencial, contacto con el presente, desmantelamiento de las funciones aversivas del lenguaje, pero adaptados al contexto verbal de los alumnos. Es más atrayente para ellos, usar terminología ligada a la atención plena con ejemplos basados en el moldeamiento, por ejemplo, a través de deportistas, cantantes, actrices que admiran y lo practican, aunque de trasfondo se trabajarán procesos más complejos como el modelado, derivación de funciones, refuerzo diferencial, moldeamiento o toma de perspectiva. Se alteró la nomenclatura para incrementar la adherencia y participación de los estudiantes, con ejemplos, imágenes y videos sin perder el foco en la función.

En ambas intervenciones la filosofía consistió en tratar cada sesión como si fuera el último encuentro juntos, induciendo cambios radicales y promoviendo la generalización funcional en el caso del grupo FACT (anexo). Los procesos centrales que se utilizaron fueron los siguientes: resultados a través de su propia experiencia sobre la evitación (desesperanza creativa), aceptación de experiencias privadas (Wang, Hagger y Chatzisarantis, 2020), promover la atención plena, conciencia y el compromiso con una vida significativa conectada con la presencia de eventos privados molestos.

En la sesión inicial se presentaron los beneficios del programa y los conceptos que promueve la cultura actual. Se describió el control como problema y la evitación experiencial, junto con un análisis funcional descriptivo grupal (tabla 1) con los eventos privados más comunes y las formas de relacionarse con dichos eventos, la clarificación de los valores y el compromiso, la desesperanza creativa y, finalmente, el Yo como contexto (actuando con barreras), todos ellos adaptados a los estudiantes en su contexto juvenil.

La segunda sesión se centró en un breve resumen de la sesión anterior, que incluyó ejercicios de distanciamiento (*defusion*), promover la atención y la conciencia, la disposición para hacer frente a eventos privados desagradables (pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones) y toma de perspectiva a través de la participación del marco jerárquico con el deíctico-Yo (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, 2015). Las estrategias de FAP se integraron en todos los ejercicios, salvo en el grupo que recibió la intervención con ACT. Siguiendo a FAP, se promovía una relación terapéutica intensa y genuina con todos los alumnos, realizando autorrevelaciones personales, con el propósito de ser un modelo para poder moldear conductas clínicamente relevantes (Muñoz-Martínez y Follete, 2019). Se provocaron *in situ* CCR1, y se reforzaron CCR2, se promovieron las CCR3 y la generalización funcional.

La sesión final tuvo como objetivo promover el compromiso con la vida basada en valores (estudiar una carrera, tener relaciones sociales más satisfactorias, mejorar la relación con la pareja, familia, etc.). Se trabajó la prevención de recaídas y la aceptación del malestar. Todas las sesiones grupales incluyeron tareas para practicar en casa, relacionadas con el contenido de cada sesión, junto con ejercicios y metáforas, con el propósito de producir generalización funcional en la vida diaria de los estudiantes.

Tabla 1
Análisis funcional descriptivo grupal

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

Nota: Rf+= refuerzo positivo; Rf-= refuerzo negativo.

Análisis de datos

Para analizar los efectos de la intervención con FACT y ACT se utilizó la prueba ANOVA (2 x 2) con un diseño entre grupos y medidas repetidas pre-pos para determinar las diferencias de cada intervención sobre la salud general, satisfacción de vida, flexibilidad psicológica, atención plena y autoconcepto (a través de los cuestionarios GHQ-12, AAQ-2, SWLS, MAAS y AF5). El grupo FACT fue tomado como grupo control en lista de espera (pre2) para ese mismo grupo y se hizo una

prueba *t* de Student y ver las diferencias pre1 y pre2. También se comparó el grupo ACT pre-pos y el tamaño del efecto con la *d* de Cohen para observar la magnitud de los cambios de cada grupo. Según Cohen (1992), las correlaciones de 0,10 indican tamaños de efecto pequeños, 0,30 indican efecto medio y 0,50 indican efecto grande.

Resultados

Las medias y desviaciones típicas de los datos pre1, pre2 y postratamiento de los grupos ACT y FACT en las variables estudiadas aparecen en la tabla 2.

Tabla 2

Medias y desviaciones típicas de los tres grupos en sus medidas pre1, pre2 y postratamiento

Variables (instrumentos)	Lista de espera		Grupo FACT	Grupo ACT	
	Pre1	Pre2	Pos	Pre1	Pos
Bienestar psicológico (GHQ-12)	13,98 (7,01)	12,23 (6,73)	8,70 (3,75)	15,31 (6,63)	7,05 (4,36)
Flexibilidad psicológica (AAQ-2)	22,57 (9,66)	20,31 (8,87)	19,85 (6,90)	22,60 (9,14)	18,05 (7,44)
Satisfacción con la vida (SWLS)	21,22 (6,39)	21,89 (6,68)	23,65 (5,40)	24,31 (5,68)	28,18 (5,45)
Atención plena (MAAS)	57,85 (25,08)	59,36 (23,80)	63,24 (15,98)	61,82 (19,89)	73,26 (7,11)
Autoconcepto (AF5)					
Académico	5,33 (2,33)	5,61 (2,57)	6,58 (1,09)	6,19 (3,27)	7,27 (1,68)
Social	5,95 (2,40)	6,58 (1,91)	6,98 (1,69)	6,75 (2,08)	7,14 (1,79)
Emocional	5,98 (2,19)	5,97 (2,39)	6,95 (1,86)	5,43 (2,08)	6,01 (2,65)
Familiar	7,31 (2,48)	7,51 (3,19)	7,71 (2,20)	7,79 (1,85)	7,91 (2,14)
Físico	5,53 (2,82)	5,67 (2,91)	6,04 (2,34)	5,58 (3,03)	5,82 (2,49)

Nota: FACT= terapia funcional de aceptación y compromiso; ACT= terapia de aceptación y compromiso; GHQ-12= Cuestionario general de salud-12; AAQ-II= Cuestionario de aceptación y acción; SWLS= Escala de satisfacción con la vida; MAAS= Escala de conciencia y atención plena; AF5= Autoconcepto forma 5.

En el grupo de intervención con FACT, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prueba *t* de Student para muestras relacionadas en ninguna variable en la comparación entre el pre1 y el pre2 (lista de espera), por lo que los alumnos no mejoraron con el paso del tiempo y se mantuvieron igual en las puntuaciones de las variables dependientes. Este mes de espera, sirvió como referencia o grupo control para observar si en la siguiente medición se produjeron cambios debido a la intervención.

Tras la intervención con FACT, los alumnos aumentaron en las puntuaciones de manera estadísticamente significativa con respecto al grupo control en lista de espera, lo cual demuestra que FACT es más eficaz que el grupo que no recibe

intervención (tabla 2) durante el mes en lista de espera en las variables académicas, sociales y emocionales (en los cuestionarios GHQ-12, SWLS, AF5).

Al mismo tiempo, el grupo ACT también ha mostrado su eficacia con mejoras estadísticamente significativas, como pueden observarse en la tabla 2. Es decir, este grupo que recibió la intervención con ACT también breve mostró cambios significativos en las variables de salud, especialmente en atención plena. No obstante, no aparecieron cambios en el cuestionario AF5 sobre el autoconcepto académico, social, emocional, familiar y física.

Los resultados del ANOVA en la comparación de la intervención con ACT y FACT pre-pos indican diferencias entre los dos grupos en el MAAS, SWLS a favor del grupo ACT y en las variables académico y emocional del AF5 superiores para el grupo FACT (tabla 3). Por tanto, ambas intervenciones son efectivas para mejorar la salud de los estudiantes, aunque los efectos son diferentes en las variables de atención plena y autoconcepto.

Tabla 3

ANOVA comparando pre-posttratamiento de los grupos con FACT y ACT

Variabes (instrumentos)	SC	F	p	η^2	d Cohen
Bienestar psicológico (GHQ-12)	1,214	0,035	0,852	0,001	0,405
Flexibilidad psicológica (AAQ-2)	37,756	0,332	0,566	0,003	0,250
Satisfacción con la vida (SWLS)	703,851	13,229	0,001	0,114	0,835
Atención plena (MAAS)	2532,991	5,094	0,026	0,045	0,810
Autoconcepto (AF5)					
Académico	31,171	5,091	0,026	0,044	0,487
Social	11,668	1,873	0,174	0,017	0,091
Emocional	28,915	4,865	0,029	0,042	0,410
Familiar	5,878	0,794	0,375	0,007	0,090
Físico	1106,018	0,037	0,848	0,037	0,091

Nota: FACT= terapia funcional de aceptación y compromiso; ACT= terapia de aceptación y compromiso; GHQ-12= Cuestionario general de salud-12; AAQ-II= Cuestionario de aceptación y acción; SWLS= Escala de satisfacción con la vida; MAAS= Escala de conciencia y atención plena; AF5= Autoconcepto forma 5.

Al comparar los resultados finales con respecto al tamaño del efecto, los resultados obtenidos muestran que el grupo FACT obtuvo un tamaño del efecto medio y mayor que el grupo ACT respecto a las variables del autoconcepto académico y emocional. Sin embargo, ese tamaño del efecto fue bastante mayor en el grupo ACT respecto a FACT en las variables de atención plena y satisfacción vital. Mientras que los resultados pre-post en cada grupo, sobre ese tamaño del efecto, en el caso de FACT los tamaños son medios en el caso de la flexibilidad psicológica, satisfacción con la vida, y autoconcepto académico y emocional. Es decir, en este grupo los participantes se benefician en esos aspectos con un programa breve combinado FACT. Sin embargo, aparecen tamaños del efecto mayores en ACT en el caso de bienestar y flexibilidad psicológica, atención plena y satisfacción con la vida. Lo que indicaría un mayor beneficio en esos aspectos en el grupo solo de ACT.

Tabla 4Tamaño del efecto (*d* de Cohen) en el grupo FACT y el grupo ACT en pre-postratamiento

Variable (instrumento)	FACT	ACT
Bienestar psicológico (GHQ-12)	0,56	0,70
Flexibilidad psicológica (AAQ-2)	0,35	0,49
Atención plena (MAAS)	0,06	0,51
Satisfacción con la vida (SWLS)	0,41	0,60
Autoconcepto académico (AF5)	0,47	0,41
Autoconcepto social (AF5)	0,22	0,20
Autoconcepto emocional (AF5)	0,36	0,24
Autoconcepto familiar (AF5)	0,07	0,05
Autoconcepto físico (AF5)	0,14	0,08

Nota: FACT= terapia funcional de aceptación y compromiso; ACT= terapia de aceptación y compromiso; GHQ-12= Cuestionario general de salud-12; AAQ-II= Cuestionario de aceptación y acción; SWLS= Escala de satisfacción con la vida; MAAS= Escala de conciencia y atención plena; AF5= Autoconcepto forma 5.

Discusión

Los objetivos de esta investigación eran: 1) extender las aplicaciones de FACT en el contexto académico para producir cambios en el bienestar psicológico de los estudiantes, satisfacción con la vida, mejorar el autoconcepto y la atención plena; 2) determinar qué intervención puede ser más útil para mejorar las variables analizadas ACT o FACT; 3) esclarecer qué diferencias hay en los efectos de ambas intervenciones; 4) determinar las bondades de usar una aproximación u otra y verificar si los componentes usados en grupos numerosos en breves periodos de tiempo desde una filosofía de ciencia rigurosa. Los resultados positivos podrían conducir a un nuevo modelo integrador basado en el contextualismo funcional representado en FACT y en la evidencia de los procesos más relevantes.

Para examinar la efectividad de ambas intervenciones los estudiantes completaron una batería de cuestionarios y fueron asignados al grupo FACT o al grupo ACT. El grupo FACT permaneció un mes en lista de espera como grupo de control. Posteriormente volvió a realizar la misma batería de cuestionarios para observar si se produjeron cambios durante el mes de espera. Los resultados indican que ambas intervenciones, tanto ACT como FACT son eficaces para mejorar el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, que eran los objetivos principales de la intervención.

Ambas intervenciones han resultado ser eficaces para las variables mencionadas, y ambas modalidades muestran algunas variaciones en los resultados, lo que puede conducir a consideraciones e implicaciones diversas. De hecho, parece que el grupo ACT es superior en flexibilidad psicológica, atención plena y satisfacción vital. Un efecto que podría deberse precisamente a que este grupo se centra prioritariamente en esos procesos cuyo programa se centra expresamente en ACT, desde atención plena (*mindfulness*) y valores. Mientras que el grupo FACT también mejora en esa satisfacción vital y flexibilidad psicológica pero en menor medida, y parece superior en autoconcepto académico y emocional. Las puntuaciones obtenidas en estos apartados del autoconcepto académico y en el emocional son superiores a la media propuesta por los autores clásicos del

instrumento (García y Musitu, 1999). El autoconcepto académico se ha relacionado en general con el rendimiento académico ($r_{xy}= 0,60$). Además, ha sido asociado con la calidad en la ejecución del trabajo, la aceptación y la estima que se tiene de los compañeros, la responsabilidad y liderazgo, la calidad de la ejecución del trabajo y la aceptación. Por lo que, podemos asumir que estas dimensiones se relacionan con un mejor ajuste psicosocial en el caso de adolescentes que están estudiando bachillerato (Kulakow, 2020). Estos datos podrían sugerir que la intervención con FACT es ligeramente superior a ACT para conseguir esos objetivos educativos y ajuste al contexto académico que serían necesarios en una población adolescente.

Quizás las diferencias en atención plena y flexibilidad psicológica puedan deberse a que FACT no se ha centrado estrictamente en los seis procesos clave del *hexaflex* desde ACT (Stabbe *et al.*, 2019; Hayes, 2019), y también porque es una intervención más compleja en cuanto a los mecanismos de cambio. Al contrario, el programa con ACT fue más acorde a los procesos clave que propone el *hexaflex*, por lo que se asume que los cambios se han producido de forma consistente con esta terapia ACT, como señala Hayes (2019). Por otro lado, tal y como señala Callaghan *et al.* (2004) donde describe una serie de indicaciones para complementar ACT y FAP, quizás ACT sea más adecuado en el inicio del tratamiento, debido a que es una aproximación atractiva para las personas, para luego seguir estableciendo la relación terapéutica desde el manejo de contingencias en directo como hace FAP en su proceso terapéutico. El propósito al inicio de la intervención es configurar habilidades de aceptación y atención plena al servicio de la flexibilidad psicológica y la acción comprometida. Una vez cubierto este primer objetivo, se podría facilitar y crear relaciones interpersonales más significativas para los participantes tanto dentro como fuera de la terapia. Quizás las mejoras en el autoconcepto se deban al establecimiento de una relación genuina desde el principio en el grupo que recibió la intervención, que sirvió como contexto y vehículo para vincularlo con los estudios académicos.

Estos datos podrían ser el punto de partida para incorporar ACT con FAP de manera sinérgica en todos los contextos acorde a los datos previos (Macías *et al.*, 2019; Macías y Valero, 2021a) y aunar los procesos más importantes, tanto para formar a otros profesionales como para instaurar sus aplicaciones en el contexto académico desde una propuesta con raíces conductuales pero adaptada a los estudiantes en la forma de presentar esta intervención. Los hallazgos encontrados son consistentes con otras intervenciones basadas en las terapias de tercera generación en contextos académicos (Grégoire *et al.*, 2018; Halliburton y Cooper, 2015; Keogh *et al.*, 2006; Swain *et al.*, 2015) y de intervenciones breves para mejorar la salud en otros contextos basados en la misma filosofía (Glover *et al.*, 2016; Strosahl *et al.*, 2012).

Otro aspecto importante es poner de relieve que ACT en formato breve no es menos eficaz que en sus versiones más extensas (Powers *et al.*, 2009), lo que arroja información también sobre su eficiencia y ahorro de costes con respecto a intervenciones más dilatadas en el tiempo. Asimismo, lo más sólido de este trabajo es que ambas intervenciones, juntas o por separado, muestran en todas las variables mejores resultados que el grupo control en lista de espera.

Sin embargo, aunque los datos encontrados en esta intervención sean el punto de partida para seguir desarrollando estrategias basadas tanto en ACT breve con en FACT, este estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, el grupo ACT no tiene un grupo de control. Aunque se ha contado con un grupo en lista de espera como control para comparar la intervención en la primera y segunda evaluación, justo antes de empezar con el programa FACT. No obstante, debido a la agenda del instituto con la planificación de las clases y la selectividad no se pudo tomar con un grupo de control diferente para cada intervención, aunque ya haya sido demostrado por otras investigaciones que ACT es superior al grupo de control (Hayes *et al.*, 2006), pero para siguientes investigaciones sería recomendable introducir otra condición activa de intervención. La comparación en el ANOVA frente al grupo ACT ($n= 41$) es de segundo de bachillerato y el grupo FACT de primero de bachillerato ($n= 71$), por lo que puede hipotetizarse que quizás las diferencias de curso (diferentes maestros, edades, cursos académicos y circunstancias), podrían ser una fuente de variabilidad por la asignación de curso e intervención, lo que dificulta la comparación entre ambos grupos. Además, el grupo experimental tuvo mayor muestra debido a que había más alumnos en ese curso.

Por otro lado, aunque FACT obtenga resultados positivos en el autoconcepto y ACT no, las diferencias no son demasiado abultadas. Esto implica que los resultados superiores de FACT con respecto a ACT no se puedan generalizar y necesitan de otros ensayos para mostrar su eficacia comparada, tanto en otros centros de educación como en otros contextos.

Aunque estos datos han de tomarse con cautela, estos estudios pueden suponer el punto de partida de una generación de terapias basadas en la evidencia y estudiar los procesos relevantes para producir el cambio terapéutico, como ha mostrado FACT. Ambas aproximaciones se podrían enseñar de manera integral debido a su riqueza teórica y práctica, aunando los procesos más relevantes para producir cambios rápidos y radicales, adaptándose a las necesidades cambiantes de la sociedad actual e incorporarse a diferentes poblaciones y contextos. Además, hacerlo de una intervención breve de solo tres sesiones, que por sí sola ya muestra cambios en los participantes sea cual sea la variante de terapia contextual que se utilice. Finalmente, la demanda de intervenciones en población adolescente que suelen presentar problemas psicológicos es cada vez mayor. El hecho de introducir una metodología rigurosa basada en el contextualismo funcional, de una forma atrayente y poco invasiva para los alumnos, en una población sensible a los cambios, es una opción que podría repercutir beneficiosamente en los adolescentes para mejorar su futuro personal y educativo, así como la sociedad futura.

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. doi: 10.1159/000365764
- Andrews, B. y Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, *95*, 509-521. doi: 10.1348/0007126042369802

- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- 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. doi: 10.1080/09515079008254242
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M. y Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429-1437. doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1429
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- 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. doi: 10.1037/0033-3204.41.3.195
- Cattivelli, R., Musetti, A. y Perini, S. (2014). L'approccio ACT-FAP nella promozione delle abilità sociali in adolescenti e preadolescenti con difficoltà emotive [The ACT-FAP training of social skills in adolescents and preteens with emotional difficulties. Psychology of the education]. *Psicologia dell'Educazione*, 8, 97-112.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Danitz, S. B., Suvak, M. K. y Orsillo, S. M. (2016). The mindful way through the semester: evaluating the impact of integrating an acceptance-based behavioral program into a first-year experience course for undergraduates. *Behavior Therapy*, 47(4), 487-499. doi: 10.1016/j.beth.2016.03.002
- Diener, E., Emmons, R., Larson, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Duffy, M. E., Twenge, J. M. y Joiner, T. E. (2019). Trends in mood and anxiety symptoms and suicide-related outcomes among US undergraduates, 2007-2018: evidence from two national surveys. *Journal of Adolescent Health*, 65(5), 590-598. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.183
- 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*. Oakland, CA: New Harbinger.
- García-Pérez, L. y Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2), 379-392.
- García, J. F. y Musitu, G. (1999). *AF5. Autoconcepto forma 5*. Madrid: TEA.
- Gillard, D., Flaxman, P. y Hooper, N. (2018). Acceptance and commitment therapy: applications for educational psychologists within schools. *Educational Psychology in Practice*, 1-10. doi: 10.1080/02667363.2018.1446911
- Glover, N. G., Sylvers, P. D., Shearer, E. M., Kane, M. C., Clasen, P. C., Epler, A. J. y Jakupcak, M. (2016). The efficacy of focused acceptance and commitment therapy in VA primary care. *Psychological Services*, 13, 156. doi: 10.1037/ser0000062
- Goldberg, D. P. (1996). *Cuestionario de salud general de Goldberg*. Barcelona: Masson.
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., Hontoy, L. M. y De Mondehère, L. (2016). L'efficacité de l'approche d'acceptation et d'engagement en regard de la santé psychologique et

- de l'engagement scolaire des étudiants universitaires [The effectiveness of the approach of acceptance and commitment with regard to the psychological health and academic engagement of university students]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(3), 222-231. doi: 10.1037/cbs0000040
- Halliburton, A. E. y Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of acceptance and commitment therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1-11 doi: 10.1016/j.jcbs.2015.01.002
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226. doi: 10.1002/wps.20626
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- 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. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. Nueva York, NY: Guilford.
- Kanter, J. W., Manbeck, K., Kuczynski, A. M., Maitland, D. M., Villas-Bôas, A. y Reyes, M. (2017). A comprehensive review of research on functional analytic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 58, 141-156. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.010
- Keogh, E., Bond, F. W. y Flaxman, P. E. (2006). Improving academic performance and mental health through a stress management intervention: outcomes and mediators of change. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 339-357. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.002
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2021). *FAP. Psicoterapia analítica funcional: creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Córdoba: Psara Ediciones. (Orig., 1991).
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592. doi: 10.1016/0272-7358(93)90047-P
- Kulakow, S. (2020). Academic self-concept and achievement motivation among adolescent students in different learning environments: does competence-support matter? *Learning and Motivation*, 70, 101632. doi: 10.1016/j.lmot.2020.101632
- Macías, J. y Valero, L. (2021a). *Fundamentos y aplicaciones clínicas de FACT: una intervención para abordar el sufrimiento humano a través de las terapias contextuales*. Madrid: Pirámide.
- Macías, J. y Valero, L. (2021b). 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. doi: 10.33776/amc.v47i175.4803
- 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. doi: 10.7334/psicothema2018.202
- Megivern, D., Pellerito, S. y Mowbray, C. (2003). Barriers to higher education for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 217.
- Muñoz-Martínez, A. M. y Follette, W. C. (2019). When love is not enough: the case of therapeutic love as a middle-level term in functional analytic psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 19(1), 103-113. doi: 10.1037/bar0000141
- Páez-Blarrina, M. y Luciano, C. (2012). La integración de ACT y FAP en el trabajo con patrones rígidos de comportamiento. En M. Páez-Blarrina y O. Gutiérrez-Martínez (dirs.), *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso* (pp. 47-72). Madrid: Pirámide.

- Powers, M. B., Zum Vorde Sive Vording, M. B. y Emmelkamp, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80. doi: 10.1159/000190790
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129. doi: 10.7334/psicothema2011.239
- Sánchez-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. doi: 10.13140/RG.2.1.3240.4644
- Soler-Ribaudi, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Segovia, P., Carlos, J., Cebolla i Martí, Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 19-26.
- Stabbe, O. K., Roloffs, L. C. y Rogge, R. D. (2019). Flexibility and/or inflexibility embracing life: identifying fundamental approaches to life with latent profile analysis on the dimensions of the Hexaflex model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 106-118. doi: 10.1016/j.jcbs.2019.03.003
- Strosahl, K., Robinson, P. y Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: principles & practice of focused acceptance & commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A. y Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: a systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.02.001
- Takahashi, F., Ishizu, K., Matsubara, K., Ohtsuki, T. y Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: an open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. doi: 10.2975/26.2003.217.231 10.1016/j.jcbs.2020.03.001
- 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*. Nueva York, NY: Springer.
- Wang, D., Hagger, M. S. y Chatzisarantis, N. L. (2020). Ironic effects of thought suppression: a meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 15(3), 778-793. doi: 10.1177/1745691619898795
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

RECIBIDO: 8 de septiembre de 2020

ACEPTADO: 19 de febrero de 2021

Anexo 1

Descripción de actividades y procesos en el programa basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)

<i>Primera sesión</i>	
1.	Beneficios del programa para promover la adherencia al entrenamiento y motivar a los alumnos (operaciones de establecimiento).
2.	Lenguaje como la causa del sufrimiento: eventos privados versus valores.
3.	Análisis funcional grupal.
4.	Desesperanza creativa. Metáfora: "Arenas movedizas", "Pasajeros del autobús". Video: "Fallin' Floyd". Procesos (valores, lucha y control como problema, evitación, aceptación, atención plena, compromiso).
5.	Control como problema. Ejercicios: "Elefante rosa", "Arenas movedizas". "Olvida los números: 1,2, 3". Video: "The fly meditation".
6.	Yo como contexto. Metáfora: "Tablero de ajedrez", "La radio", "Role play: simular la mente de mi compañero", "Post-it y caminar hacia valores" "El whatsapp es mi mente y yo decido a quien contestar" "Zigzag de la mente"
7.	Clarificación de valores. Acciones, objetivos y valores. Metáforas: "Cumpleaños", "Brújula", "Viaje" y "Jardín". Video: "Jack Sparrow". Compromiso con el jardín (estudiar, familia, amigos, etc.).
<i>Segunda sesión</i>	
8.	Breve recapitulación de la sesión anterior. Ejercicio de atención plena: Caramelo. Comenzar a reconocer el piloto automático. (Homer Simpsons). Estar consciente versus piloto automático. Ejercicio de la respiración. Famosos que practican atención plena (modelado).
9.	Distanciamiento (<i>defusion</i>): Me doy cuenta de que estoy teniendo el pensamiento. Ponerle nombre a la mente. Repetición y ejercicio: "Limón".
10.	Toma de perspectiva (Marcos de jerárquicos con la perspectiva deíctica-Yo). Ejercicio de aceptación: "Fisicalización". Atención plena en el cuerpo.
<i>Tercera sesión</i>	
11.	Prevención de recaídas. Metáfora: "El ciclista y ejercicio del conductor de autobús"; "Bambú Japonés".
12.	Actuar con barreras (pensamientos, emociones) hacia los valores personales. Recuerda quien conduce el autobús. Ejercicio diario de atención plena a la respiración, al cuerpo y estar consciente. Fisicalización.

Anexo 2

Descripción de actividades y procesos en el programa basado en la terapia funcional de aceptación y compromiso (FACT)

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