

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

Aplicación de estrategias de un Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente
en el caso de un padre con déficit en comunicación afectiva hacia su hijo.

Juanita González Suárez

Natalia Esparza Lizarazo¹

Facultad de Psicología

Universidad de La Sabana

Febrero 2017

¹ Directora de Trabajo de Grado, Psicóloga de la Universidad de La Sabana, Mágister. en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo Identificar el efecto de estrategias del Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente de Germer y Neff (2013) sobre la comunicación afectiva de un padre de familia, con el fin de discutir la pertinencia de dichas estrategias en el manejo de problemas externalizantes en niños. Se utilizó un diseño de caso único AB con seguimiento, estableciendo las frecuencias absolutas por semana de la variable dependiente a través del análisis funcional, y adicionalmente mediciones pre-test y post-test de la misma por medio del Cuestionario de Conducta Parental (Ballesteros, 2001). Los resultados de la prueba indican incremento en la comunicación afectiva, lo cual es congruente con los cambios durante la línea de base, la fase de intervención y el seguimiento; sugiriendo que los entrenamientos en Autocompasión podrían favorecer la comunicación afectiva, lo que a su vez podría resultar útil en el tratamiento de conductas externalizantes.

Palabras Clave: Autocompasión, conducta parental, comunicación afectiva, Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente, conductas externalizantes.

Abstract

The present study aims to identify the effect of strategies from the Self-compassion Training Program (Germer & Neff, 2013) in affective communication in a father, in order to discuss the relevance of such strategies in the management of externalizing problems in children. There was conducted an A-B single subject design with follow up, setting the absolute frequency of the dependent variable through the functional analysis and the Parental Behaviour Questionnaire; those were made before, during and after the intervention. The test results indicated an increase in affective communication, wich is congruent with changes during the baseline, the intervention and follow up phase; suggesting that Self-compassion trainings could contribute to increase affective communication, which could be useful in extaernalizing behaviour treatments.

Keywords: Selfcompassion, affective comunication, Self-compassion Training Program, externalizing behaviour.

Efectos de una intervención basada en el Programa de Entrenamiento en Autocompasión
Consciente sobre la comunicación afectiva en un padre de familia de un niño con
problemas externalizantes

A lo largo de su desarrollo la psicología clínica infantil ha mostrado la estrecha relación entre variables familiares y el desarrollo de problemas externalizantes en niños (Iglesias & Romero, 2009; Martínez, 2010; Raya, Pino & Herruzo, 2012). Según García y Palos (2005), estos últimos pueden definirse como aquellos comportamientos manifestados por los niños que son inesperados socialmente por los adultos y dirigidos al exterior implicando ausencia de control, hiperactividad, agresividad y desobediencia, entre otros como la conducta delictiva y las rabietas (López-Soler, Sáez, López, Fernández & Pina, 2009; Moreno & Chauta, 2012). Siendo entonces la familia, el primer contexto de socialización y de interacción en el proceso de crecimiento de los niños como seres humanos, favoreciendo o limitando el desarrollo de las capacidades o habilidades psicológicas y sociales en los niños como lo menciona Baumrind (1991), diversas variables del contexto familiar intervienen, tales como las conductas parentales. Estas son definidas por Capano y Ubach (2013) y Nerlín, Pérez y De Dios Pérez (2014) como aquellas respuestas que los adultos exponen ante el comportamiento de los niños, lo que incluye tanto aquellas prácticas que indican los deberes de la paternidad como las expresiones de afecto espontáneas, gestos, cambios en el tono de voz, entre otras.

Según Isaza y Henao (2015) dentro de las conductas parentales se incluye la comunicación afectiva que según Ballesteros (2001) implica las manifestaciones de afecto, interés y de confianza que muestran los padres hacia sus hijos, ya sea a nivel verbal o no verbal. De esta forma, diversos estudios han determinado que la presencia de repertorios de comunicación parental inefectiva se vincula al desarrollo de problemas de conducta en

niños (Castillo, 2007; Pichardo, Justicia & Fernández, 2009; Martínez, 2010; Nerín, Pérez & de Dios, 2014). Igualmente Raya, Pino y Herruzo (2012), hacen énfasis en que aspectos como la comunicación inefectiva pueden relacionarse con manifestaciones conductuales inadecuadas dentro de las que se encuentran las conductas externalizantes.

Complementando lo anterior, existen investigaciones que aseguran que existe relación entre la comunicación parental positiva y la conducta prosocial de los niños poniendo de antemano la intervención con padres en el tratamiento de problemas de conducta externalizante (Jiménez, Murgui & Musitu, 2007; Mestre, Tur, Samper, Nácher & Cortés, 2007; Pierucci y Luna, 2014).

Desde la perspectiva conductual y cognitivo conductual el hecho de reconocer el papel del ambiente sobre el comportamiento ha conllevado al desarrollo de estrategias directamente aplicables a los padres esperando que a través de ello se modifiquen patrones comportamentales problemáticos en los hijos (Marinho & Silvaes, 2000; Rey, 2006; Orjales & Polaino, 2010; Romero & Robles, 2011). Específicamente, se ha encontrado que la comunicación afectiva en padres no solo amplía el repertorio conductual en ellos sino que a su vez se vincula a la reducción de problemáticas externalizantes en sus hijos convirtiéndose en un factor central para la modificación de conducta infantil y para la prevención de dificultades comportamentales, además de favorecer en los padres el manejo de situaciones difíciles (Martínez, 2010; Pierucci y Luna, 2014).

Teniendo en cuenta el papel que juega el contexto familiar en el comportamiento de los niños, desde la psicología conductual se han desarrollado intervenciones que involucran el trabajo con los padres de familia como elemento fundamental en la disminución de las conductas problema. La conocida “primera generación” de Terapias conductuales, incluye entre otras, el manejo de contingencias considerando que la conducta de los cuidadores

actúa como estímulo antecedente y consecuente de la conducta del niño incluyendo así diversas estrategias y técnicas como la economía de fichas, contratos conductuales y en general manejo de refuerzos y castigos contingentes a la conducta (Skinner, 1977; Kazdin, 1995; Martin & Pear, 1998; Aguilar & Navarro, 2008; Ledo, González & Barroso, 2012; Sliminng, Montes, Bustos, Hoyuelos & Vio, 2015) Igualmente, técnicas como el moldeamiento y modelamiento son aplicadas a los padres con miras a la modificación de la conducta del niño mostrando ser efectivas (Riviére, 1984; Kazdin, 1995; Calderón, 2001; Gil & Hernández, 2009; González, Ampudia & Guevara, 2012; Mera, 2015; Vite, Alfaro, Pérez; Danyath & Miranda, 2015). De la misma forma, las denominadas Terapias de “tercera generación” (Mañas, 2007) han incluido el trabajo con padres como es el caso del *Mindful Self-compassion Training Program* (Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente) de Germer y Neff (2013) en el que a través del entrenamiento de formas adaptativas de relacionarse con el propio ser, estar abierto y ser tocado por el dolor propio generando el deseo de aliviarlo con amabilidad y tomando la experiencia propia como parte de ser humano, se espera que el individuo se enfrente a situaciones difíciles y se favorezca la interacción con otros (Germer & Neff, 2013).

De ésta manera, ha surgido una creciente investigación respecto al papel que jugaría la Autocompasión en las relaciones interpersonales partiendo de la idea de que si bien la Autocompasión genera una relación positiva con el propio ser, podría entonces favorecer también la relación con los demás (Yarnell & Neff, 2012). Sumado a lo ya mencionado, se han realizado diferentes estudios que han relacionado la Autocompasión con aspectos del proceso de crianza y de las relaciones parentales (Potter, Francis & Schuster, 2014; Neff & Faso, 2015; Moreira, Gouveia, Carona, Silva & Canavarro, 2015). Esto debido a que, según Neff (2013), la autocompasión parece tener un efecto importante en la parentalidad,

favoreciendo el establecimiento de límites, la habilidad para corregir problemas de comportamiento de una manera más amable, el manejo del estrés que implica el proceso de crianza y el establecimiento de relaciones parentales donde prima el afecto positivo.

Teniendo en cuenta que el entrenamiento de repertorios conductuales en los padres impacta el comportamiento de los niños, Navarro, Moral, Galán y Beitia (2012) afirman que los problemas de conducta representan un reto para los padres constituyendo uno de los principales motivos de consulta psicológica. Esto es similar para el caso Colombiano donde de acuerdo con Hidalgo, Faúndes, Valdivia, Bibisbus y Romero (2014), 32% de la población corresponde a niños y adolescents siendo inminente el desarrollo de intervenciones sobre el contexto familiar cuyo funcionamiento problemático configura según Romero y Robles (2011) un factor de riesgo para el desarrollo de problemas externalizantes.

De acuerdo con Romero (2012), en Colombia, las Instituciones gubernamentales y estatales muestran un incremento de problemáticas a nivel familiar que afectan principalmente a los niños y niñas del país. Ello es congruente con las cifras del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) las cuales señalan que entre enero de 2012 y enero de 2013 16.457 niños ingresaron para el restablecimiento de sus derechos (ICBF, 2013). Es así que, Ison y Morelato (2008) plantean que el contexto familiar funciona como un marco de referencia para el niño con base en el cual este internaliza, interpreta y responde a las demandas que surgen de los diferentes agentes sociales. Adicionalmente, los problemas de conducta externalizante en la infancia se han catalogado como el problema psicológico con mayor prevalencia en la población infantil, siendo un motivo de consulta que genera un gran número de remisiones a terapia psicológica (López, Sáez, López, Fernández & Pina, 2009).

Considerando entonces que el contexto familiar juega un papel importante en el inicio y desarrollo de los problemas externalizantes, diversas intervenciones sobre problemas de conducta en niños incluyen como elemento fundamental en el proceso de intervención el trabajo con padres (Dinkmeter & McKay, 1989; Kazdin, 1997; Gordon, 2008; Duncan, Coatsworth & Greenberg, 2009; Pacho & Triñares, 2011; Hembree-Kigin & McNeil, 2013). De la misma forma Peláez (2008) también señala que una de las características de la interacción social entre padres e hijos, y la interacción social entre sí, es la bidireccionalidad de forma que indica que el comportamiento de un individuo está influenciado por el comportamiento del otro. Tal como lo expone el autor, ello supone que es posible evidenciar cambios en un sistema de conducta al trabajar en otro sistema de conducta del que es interdependiente, como sucede entre los padres y los hijos. . En este caso, las intervenciones que trabajan sobre conductas parentales como el establecimiento de límites, la habilidad para corregir problemas de comportamiento de una manera más amable, el manejo del estrés que implica el proceso de crianza y el establecimiento de relaciones parentales donde prima el afecto positivo, podría contribuir a la generación de cambios conductuales positivos en los hijos (Neff, 2013).

De acuerdo con Ballesteros (2001), las conductas parentales pueden definirse como aquellas interacciones entre padres e hijos, que cumplen funciones específicas en la dinámica familiar y en el desarrollo infantil. Según la autora, la principal función de las conductas parentales es la regulación del grupo familiar, el cual se entiende como un “sistema funcional de interacciones interpersonales” (p.97). Partiendo de ello, los patrones de conducta parental se han caracterizado en la literatura como estilos parentales siendo estos el autoritario, el permisivo, el democrático y el negligente (Baumrind, 1966; Maccoby & Martin, 1983).

Tal como lo exponen Casarín, Murguía y Infante (2008), el estilo parental autoritario está caracterizado por bajos niveles de involucramiento y aceptación hacia los hijos así como altos niveles de supervisión. Se trata de padres poco sensibles a las necesidades de sus hijos y exigentes con las reglas que establecen (Casarín, Murguía & Infante, 2008). Por su parte, en el estilo parental permisivo resalta un control limitado y flexible, la exigencia es baja y la comunicación poco afectiva (Isaza & Henao, 2015; Richaud, Mestre, Lemos, Tur, Ghiglione & Samper, 2013). Entre tanto, el estilo democrático se distingue por la promoción de la comunicación, la transmisión de afecto y el establecimiento de reglas, donde se busca que el cumplimiento de las mismas se dé desde el razonamiento inductivo de los hijos (Capano & Ubach, 2013). Finalmente, el estilo parental negligente se caracteriza por bajos niveles de supervisión, involucramiento y expresión de afecto hacia los hijos, donde hay un establecimiento de límites deficiente (Casarín, Murguía & Infante, 2008).

Como puede apreciarse, cada estilo parental consta de ciertas actitudes o conductas que los distinguen entre sí. Es de allí de donde parte el concepto de conducta parental que enmarca diferentes dimensiones, una de ellas, la denominada comunicación afectiva. De acuerdo con Garcés y Palacio (2010), la comunicación afectiva es una de las dimensiones encontradas dentro de la comunicación familiar. Entonces, al hablar de comunicación familiar se hace referencia a un proceso simbólico que se da dentro de la familia con el objetivo de compartir y generar significados siendo la comunicación afectiva el segmento de la comunicación donde se encuentran las expresiones de sentimientos y emociones (Garcés y Palacio, 2010).

Al respecto, Novoa, Morales, Osorio y Vargas (2008), definen la comunicación afectiva como aquellas expresiones de afecto a nivel verbal y no verbal hacia los otros. Por

su parte, Moré, Bueno, Rodríguez y Olivera (2005) definen la comunicación afectiva como la función de la comunicación que hace referencia a expresión de estados de ánimo y sentimientos dentro de la cual cobra un papel importante el contacto físico. Dentro de este mismo contexto, se debe tener en cuenta que existen dos tipos de afecto: el positivo y el negativo. Según De la Rubia (2011), el afecto positivo se refiere a la dimensión de la emocionalidad placentera y se relaciona con sentimientos de satisfacción, confianza, energía y amistad, entre otros. En contraste, el afecto negativo hace referencia a la dimensión de la emocionalidad displacentera y se relaciona con sentimientos de tristeza, culpa y frustración, entre otros (De la rubia, 2011). Como mencionan Novoa, Morales, Osorio y Vargas (2008), por ejemplo, se expresa afecto positivo al decirle al niño que lo quiere y al abrazarlo o negativo al quejarse de su comportamiento y al rechazarlo.

Dentro de este marco de referencia, se han encontrado investigaciones que destacan la importancia de la comunicación afectiva positiva en el comportamiento de los niños. Es así que Del Barrio, Carrasco, Rodríguez y Gordillo (2009) señalan la comunicación de afecto positivo como un factor protector ante el desarrollo de conductas agresivas en la infancia y Estévez, Martínez, Moreno, y Musitu (2006) mencionan la comunicación familiar negativa como un predisponente para el comportamiento agresivo y el rechazo por parte de los pares. De la mano con lo anterior, la comunicación de afecto positivo podría vincularse a habilidades conocidas como la autocompasión, concepto que tiene su origen en el budismo y ha empezado a marcar impacto en la psicología contemporánea, entrando a ser estudiada dentro del campo investigativo y aplicada dentro del clínico (Araya & Moncada, 2016).

De acuerdo con Neff (2003) para el budismo la compasión implica estar movido y desear aliviar el malestar propio y el de los demás. De esta manera, hacer distinciones entre

la empatía por los demás y la autocompasión implica una falsa separación del ser por lo que es necesario incluirnos a nosotros mismos en el círculo de la compasión (Neff & Dahm, 2015). Esta conceptualización ha sido aplicada desde un enfoque científico siendo posible hoy día, soportar su definición teórica y empíricamente. (Barnard & Curry, 2011). En palabras de Neff (2003a) la autocompasión implica:

“Estar abierto y ser tocado por el sufrimiento propio, sin evitarlo o desconectarse de este, generando el deseo de aliviarlo y de curarse a si mismo con amabilidad. La autocompasión también consiste en ofrecer compresión sin juicios al dolor, insuficiencias y fracasos propios, por lo que la experiencia propia se ve como parte de la experiencia humana”. (p. 87).

De esta manera, según Neff (2009) una persona autocompasiva es tan bondadosa consigo misma como lo es con los demás. Sin embargo, la autora menciona que la autocompasión suele presentarse frente a circunstancias en las que el sufrimiento parte de situaciones externas a los errores propios pese a que ser autocompasivo es igualmente relevante al enfrentarse a situaciones en las que en el sufrimiento no están implicados otros e incluye errores propios.

Partiendo de allí, la autora plantea tres componentes de la autocompasión que se articulan y combinan mutuamente (Neff, 2009). En primer lugar, está la Autobondad que implica la extensión de la comprensión y la amabilidad que suelen tenerse hacia los demás hacia uno mismo, generando diálogos internos alentadores y movilizadores y dejando de lado la autocrítica y el autojuicio (Neff, 2003a; Neff & Dahm, 2015). En segundo lugar está la Común Humanidad que se refiere a la capacidad para reconocer que tanto los desafíos de la vida como los fracasos personales hacen parte de la experiencia de ser humano y que las propias situaciones difíciles no son anormales ni aisladas (Neff, 2012). Finalmente, está la

Atención Plena que implica prestar atención y reconocer los propios sentimientos y pensamientos dolorosos, tomando una perspectiva objetiva y sin sobreidentificarse con estos (Neff, 2003a; Neff, 2009). Tal como lo reportan Neff, Kirckpatrick y Rude (2007) la presencia de repertorios autocompasivos ha sido vinculada a la posibilidad de aceptar eventos privados propios que según Skinner (1975) incluyen actividades conductuales como pensar y sentir. Así, la autocompasión implica el reconocimiento del propio ser sin necesidad de establecer comparaciones con otro (Neff, 2011).

Respecto al sustrato biológico de la autocompasión, Gilbert y Irons (2004) comentan que la emisión de dichos repertorios ha sido registrada en primates, suponiendo un nivel evolucionado de funcionamiento neurológico que se encarga de generar sensaciones de bienestar y seguridad, y desactiva el encargado de generar miedo y aislamiento por lo que podría relacionarse la autocompasión con la regulación emocional (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005).

Considerando lo anterior, Neff (2003b) afirma que la Autocompasión parece estar asociada a un funcionamiento psicológico adaptativo y favorece la salud mental (Neff, Kirckpatrick y Rude, 2007). Apoyando lo anterior, MacBerth y Gumley (2012) realizaron un meta-análisis para establecer la relación entre la ausencia de autocompasión y presencia de ansiedad, depresión y el estrés encontrando que altos niveles de autocompasión se asocian con bajos niveles de dichas problemáticas. Así mismo, se ha encontrado relación entre la autocompasión e indicadores de un funcionamiento psicológico positivo como lo son el bienestar psicológico (Zessin, Dickhäuser & Garbade, 2015), la regulación emocional y la inteligencia emocional (Barnard & Curry, 2011). Igualmente, las investigaciones sugieren que la Autocompasión juega un papel importante en los procesos de afrontamiento (Allen & Leary, 2010).

Es importante mencionar que Leary, Tate, Adams; Batts & Hancock (2007) realizaron un estudio donde hicieron mediciones de Autocompasión y afecto negativo antes y después de brindar a los participantes una retroalimentación negativa. Allí, encontraron que altos niveles de Autocompasión estaban relacionados con mayores niveles de afecto positivo; en comparación, bajos niveles de autocompasión fueron relacionados con mayores niveles de afecto negativo. Entonces, concluyen que la Autocompasión podría ser beneficiosa para las personas en el momento de afrontar situaciones interpersonales negativas.

Entre tanto y nutriendo la creciente investigación que vincula la Autocompasión con la salud mental, también han surgido investigaciones que sugieren que ésta juega un papel importante en las relaciones interpersonales tal como el estudio de Yale y Neff (2012) quienes encontraron una relación positiva entre altos niveles de autocompasión y mayor percepción de bienestar dentro de las relaciones así como menor confusión emocional a la hora de resolver conflictos en estudiantes universitarios. Igualmente, Neff y Beretvas (2013) realizaron un estudio con parejas heterosexuales donde individuos con altos niveles de autocompasión reportaron mayor bienestar dentro de su relación sentimental, en términos de sentirse dignos, felices y con capacidad para expresar su opinión dentro de la relación, entre otros.

En cuanto a la investigación acerca de la Autocompasión y la relación parental, se han encontrado pocos estudios. Sin embargo, Neff & Faso (2015) exploraron la relación entre autocompasión y bienestar parental en padres de niños con autismo. Los autores encontraron que la autocompasión configura un factor protector pues favorece el afrontamiento de situaciones difíciles en las que sus hijos están involucrados. De ésta manera, la forma en que los padres se relacionan consigo mismos, media el nivel de

malestar experimentado en dichas situaciones permitiéndole a los padres responder asertivamente y atribuir las causas del malestar o mal comportamiento de sus hijos al ambiente, y no a aspectos negativos sus hijos ni de ellos como padres.

En cuanto a la relación parental, Neff (2013b) menciona que la autocompasión juega una papel importante en el proceso de crianza, dado que al relacionarse positivamente consigo mismos los padres de familia logran establecer interacciones donde resalta el afecto positivo, lo que a su vez favorece el establecimiento de límites y el manejo de contingencias con los niños. Igualmente, según Potter, Yar, Francis y Schuster (2014) la autocompasión se relaciona con las conductas parentales puesto que permite a los padres reconocer y descentrarse de pensamientos negativos respecto al comportamiento de sus hijos, favoreciendo repuestas menos reactivas y más sensibles ante las necesidades de los niños en situaciones problemáticas. Es así que estos autores destacan la importancia de fomentar repertorios autocompasivos en padres y madres con historia de depresión, dado que en aquellos que muestran mayores niveles de autocompasión existe menor tendencia a la crítica negativa hacia sus hijos. Igualmente la autocompasión en padres se ha vinculado al desarrollo de habilidades para reaccionar asertivamente ante la expresión emocional de los niños y capacidad para atribuir las causas del mal comportamiento de sus hijos a factores externos. De la misma manera, Psychologiou, Legge, Parry, Mann, Nath, Ford y Kuyken (2016) destacan el rol mediador de la Autocompasión entre la crítica parental y la ansiedad social, en adolescentes.

Finalmente, partiendo de la idea acerca de la cual la forma en que los padres se relacionan consigo mismos influenciaría la forma como éstos (a) se ven a sí mismos como padres y (b) asumen los retos que implica la paternidad, Moreira, Gouveia, Carona, Silva y Canavarro (2015) realizaron un estudio donde buscaban establecer la relación entre el estrés

parental y la Autocompasión. Allí, los autores encontraron que las madres autocompasivas son capaces de aceptar sus defectos y limitaciones así ,como los fracasos de sus hijos obteniendo mayor confianza en su capacidad para cuidar a un niño y menos estrés por los desafíos de la paternidad. (Moreira, Gouveia, Carona, Silva & Canavarro, 2015)

Respondiendo a los hallazgos anteriores, las Terapias conductuales de tercera generación se han caracterizado por retomar las bases del conductismo radical, comprendiendo así los eventos privados desde la perspectiva del contextualismo funcional; entienden entonces dichos eventos como interacciones entre el contexto y la persona que se entiende de acuerdo a su historia y circunstancias actuales (Pérez, 2008). Por otro lado, se centran en alterar la función de la conducta, lo que lleva a utilizar métodos de intervención más indirectos y centrados en el vivir, el sentir y la experiencia de los clientes (Mañas, 2007). De esta manera, han involucrado en la actualidad el entrenamiento en autocompasión como elemento esencial para incrementar el bienestar de poblaciones clínicas y no clínicas (Araya & Moncada, 2016). Entre ellos se encuentra el Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente desarrollado por Germer y Neff (2013) diseñado con la intención integrar la autocompasión y las prácticas de *Mindfulness*. Se trata de una intervención grupal con una duración de 8 semanas, en cada una de las cuales se trabaja con el terapeuta durante 2 horas implementando meditaciones formales e informales y ejercicios experienciales enfocados principalmente en el manejo de emociones y la transformación de relaciones (Germer & Neff, 2013). El objetivo general del programa, es brindar a sus participantes herramientas que permitan incrementar la Autocompasión e integrarlas a su vida diaria (Germer & Neff, 2013).

Dicho programa ha resultado ser efectivo a la hora de tratar diferentes variables psicológicas como la autocrítica y la autopersecución (Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G., & Dagnall, N, 2016), el bienestar en personas con discapacidades mentales (Duran & Barlas, 2016) la depresión, el dolor y la HbA1c en pacientes con diabetes (Friis, Johnson, Cutfield & Consedine, 2016) y en el Trastorno por Atracónes (Kelly & Carter, 2016), entre otros. Adicionalmente, fue aplicado en diferentes culturas como la Japonesa (Arimitsu, 2016) y la Iraní (Barjoe & Saeinia, 2016) mostrando resultados favorecedores para la validación del tratamiento.

Finalmente, en cuanto al uso de la intervención con padres o cuidadores, se han encontrado pocos estudios. En primer lugar, fue aplicado en familiares cuidadores de pacientes con Alzheimer mostrando mejorías en la calidad de vida, la vitalidad y la calidad de la atención de los cuidadores, estas v inculadas al desarrollo de repertorios de Autocompasión en dichos cuidadores (Danucalov, Kozasa, Afonso, Galduroz & Leite, 2016). Por su parte Saeinia, Barjoe y Bozorgi (2010) aplicaron el programas en mujeres casadas que acudieron a consulta psicológica con el objetivo de brindarles herramientas para favorecer la regulación emocional. Los autores encontraron un incremento en la regulación emocional que se mantuvo después de un mes. Respecto al entrenamiento con padres, la literatura indica ausencia de investigaciones lo cual es congruente con los planteamientos de Potter, Yar, Francis y Schuster (2014) quienes sugieren realizar intervenciones para incrementar los niveles de Autocompasión en padres de familia con diversas características, teniendo en cuenta que los altos niveles de la misma podrían relacionarse con bajos niveles de psicopatología en los niños; siendo este un elemento de donde surge el interés de investigación del presente estudio.

De acuerdo con lo anterior, el presente estudio planteó como pregunta de investigación ¿Qué efecto tienen estrategias del Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente de Germer y Neff (2013) sobre la comunicación afectiva del padre de un niño con problemas externalizantes?

En línea con lo anterior, se definió como objetivo Identificar el efecto de estrategias del Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente de Germer y Neff (2013) sobre la comunicación afectiva de un padre de familia, con el fin de discutir la pertinencia de dichas estrategias en el manejo de problemas externalizantes en niños. Como objetivos específicos se establecieron: 1) Evaluar la conducta parental por medio del Cuestionario de Conducta Parental (Ballesteros, 2001) con el fin de determinar el nivel de establecimiento de reglas, manejo de contingencias, monitoreo y comunicación afectiva presentes en el participante. 2) Establecer la frecuencia de comunicación afectiva antes, durante y después de la implementación de estrategias del Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente de Germer y Neff (2013) a través del análisis funcional favoreciendo la inspección visual de datos. 3) Caracterizar la comunicación afectiva del participante con el fin de analizar los cambios de la misma, durante las fases de pre-tratamiento, tratamiento y seguimiento. 4) Determinar los niveles de autocompasión en el padre por medio de la Escala de Autocompasión (Neff, 2013) con el fin de identificar la efectividad de la intervención sobre los mismos. 5) Describir los problemas de conducta presentes en el hijo del participante antes, durante y después de la implementación de las estrategias de intervención, con miras a contrastar la misma con la comunicación afectiva del padre, a lo largo del proceso terapéutico.

Objetivos

Objetivo General

Identificar el efecto de estrategias del Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente de Germer y Neff (2013) sobre la comunicación afectiva de un padre de familia, con el fin de discutir la pertinencia de dichas estrategias en el manejo de problemas externalizantes en niños.

Objetivos Específicos

Evaluar la conducta parental por medio del Cuestionario de Conducta Parental (Ballesteros, 2001) con el fin de determinar el nivel de establecimiento de reglas, manejo de contingencias, monitoreo y comunicación afectiva presentes en el participante.

Establecer la frecuencia de comunicación afectiva antes, durante y después de la implementación de estrategias del Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente de Germer y Neff (2013) a través del análisis funcional favoreciendo la inspección visual de datos.

Caracterizar la comunicación afectiva del participante con el fin de analizar los cambios de la misma, durante las fases de pre-tratamiento, tratamiento y seguimiento.

Determinar los niveles de autocompasión en el padre por medio de la Escala de Autocompasión (Neff, 2013) con el fin de identificar la efectividad de la intervención sobre los mismos.

Describir los problemas de conducta presentes en el hijo del participante antes, durante y después de la implementación de las estrategias de intervención, con miras a contrastar la misma con la comunicación afectiva del padre, a lo largo del proceso terapéutico.

Método

Tipo de investigación y diseño

Para el presente estudio, se propone un tipo de estudio experimental con un diseño de caso único A–B con seguimiento. De acuerdo con Hernández, Fernandez y Baptista (2006) los estudios experimentales son aquellos en los que se manipula una variable independiente y se examinan las consecuencias de la misma sobre una variable dependiente. A su vez, el estudio de caso único A-B con seguimiento puede considerarse como un diseño apropiado a utilizar en contextos de práctica clínica por la inclusión de una fase de seguimiento, debido a que ésta favorece el análisis de los efectos encontrados dando así más vigor, estabilidad y perdurabilidad a los resultados a través del tiempo (Graham, Karmarkar & Ottenbacher, 2012; Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999). Igualmente, se trata de un tipo de diseño que permite contrastar el desempeño conductual de un mismo individuo en diferentes condiciones, buscando establecer la relación existente entre la inserción de un tratamiento y una respuesta observable en la variable dependiente; cabe resaltar la importancia de la fase de seguimiento pues es ésta la que permite evidenciar si los cambios tras el proceso de intervención, se mantienen en el tiempo (Horner, Carr, Halle, McGee, Odom & Wolery, 2005; Ato & Vallejo, 2015).

Participante

Se realizó un proceso de selección del participante a conveniencia solicitando a la Coordinación del Centro de Servicios de Psicología de la Clínica Universidad de La Sabana (CSP) la asignación del caso a la practicante en formación a cargo de la presente investigación considerando los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Se consideraron entonces como criterios de inclusión: (a) Ser padre de niños entre 5 y 10 años y (b) Presentar motivo de consulta asociado a problemas de conducta externalizante en

su hijo(a); c) Ser mayor de 18 años d) evidenciar repertorios limitados de comunicación afectiva positiva o ausencia de los mismos (determinado a través de una entrevista inicial y la realización de análisis funcional) Como criterios de exclusión: (a) estar recibiendo algún tipo de atención psicológica y (b) Presentar algún trastorno psiquiátrico. C) Haber recibido tratamientos psicológicos en el pasado

El participante fue un hombre de 63 años, con nivel de escolaridad de cuarto de primaria, pensionado, casado con una mujer de 48 años, padre de un niño de 7 años remitido a psicología por la institución educativa debido a que “infringe la norma constantemente en el aula de clase, posee baja atención frente a las explicaciones de la profesora y se levanta del puesto en los momentos no indicados. La mayoría de las clases hace indisciplina, no permite el desarrollo normal de las clases.”. Como motivo de consulta JE menciona “tenemos un problema y es que él es indisciplinado, no le pone cuidado a la clase, en ocasiones es brusco”.

Instrumentos

Consentimiento informado (Apéndice A). Fue utilizado un formato basado en el diseñado por (Méndez, 2014), donde se incluyeron los objetivos, los riesgos y los beneficios implicados en el proceso; de la misma forma se aclararon los puntos relacionados con la confidencialidad de la información y el derecho a retirarse del estudio en caso de desearlo. Esto fue basado en lo establecido por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) respecto a la importancia de diligenciar un consentimiento informado escrito; y lo propuesto por el Ministerio de la Salud de la República de Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Formato de Autoregistro ABC (Apéndice B). Fue utilizado un formato diseñado por la investigadora, con el objetivo de tener un registro inmediato, por parte de JE, de la

Comunicación Afectiva y obtener así la frecuencia de la misma durante las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. Según Peñate (2008), el análisis funcional permite plantear una explicación lineal de la conducta (antecedente, conducta, respuesta) lo que permite una predicción de la misma. Este formato se le entrega al sujeto, con el fin de que éste registre sus propias topografías conductuales (Alquino & Pedro, 2009). Igualmente, este método de evaluación tiene utilidad para definir la conducta de interés, evaluar los cambios presentados durante el proceso terapéutico y facilita el análisis del impacto de la intervención (Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996; Cooper, Heron & Heward, 2007).

Formato de Registro ABC para la terapeuta (Ápndice C). Este fue diseñado de acuerdo a lo mencionado por Peñate (2008) para registrar las topografías de la conducta de Comunicación afectiva, teniendo en cuenta la importancia de la explicación lineal de la conducta (antecedente, conducta, respuesta) . Se utilizó en sesión para clarificar aspectos mencionados por el participante en sus autoregistros.

Formato de Formulación de Caso del Centro de Servicios de Psicología (CSP)(Apéndices D). Se trata de un formato que permite realizar un resumen del caso donde se consigna la información obtenida del mismo. Este incluye: datos sociodemográficos, motivo de consulta, área de ajuste, factores protectores, impresión diagnóstica, herramientas de evaluación, análisis funcional, unidad de análisis, hipótesis preliminares, de trabajo y explicativa; plan de intervención, objetivos alcanzados y recomendaciones. Este formato fue utilizado, debido a que el trabajo se realizó dentro de Centro de Servicios de Psicología (CSP) y hacía parte de los lineamientos de trabajo dentro de esta institución.

Cuestionario de Conductas Parentales (Ballesteros, 2001) (Apéndice E).

Cuestionario de conductas parentales es un instrumento que mide cuatro prácticas parentales denominadas: Establecimiento de Reglas, Supervisión/Monitoreo, Comunicación Afectiva y Manejo de Contingencias. Se trata de una escala de tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta, con afirmaciones indicadoras de cada una de las conductas ya mencionadas. El cuestionario cuenta con cinco formatos diferentes para ser respondidos por: padres de niños entre 5 y 10 años de edad, padres de jóvenes de 15 años, niños de 10 años, jóvenes de 15 años y profesores de niños y jóvenes (Ballesteros, 2001). Sin embargo en esta investigación se utilizó únicamente el formato diseñado para padres de niños entre 5 y 10 años de edad e igualmente se analizó únicamente la variable de comunicación afectiva. El cuestionario fue validado en una muestra de 35 padres de familia de La Ciudad de Bogotá, de nivel socioeconómico 1 y 2, y cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.72 que indica validez para la utilización del mismo (Ballesteros, 2001). Éste se aplicó antes de iniciar la intervención y al terminar la misma. Para la calificación, se calculó la media obtenida por el consultante y se estableció el nivel de acuerdo a la escala Likert.

Escala de Autocompasión (Neff, 2003) (Apéndice F).

La Escala de Autocompasión es un instrumento que mide los tres componentes del constructo de Autocompasión por medio de tres subescalas (autoamabilidad, humanidad común y atención plena) que abordan las dimensiones de la misma (autoamabilidad, autojuicio, humanidad común, aislamiento, atención plena y sobreidentificación). Consiste en un Autorreporte tipo Likert que consta de 26 ítems que cuenta con afirmaciones para cada dimensión, las cuales el participante puntúa en una escala entre 1 y 5. La versión original realizada por Neff (2003) cuenta con una consistencia interna de 0,92 que indica la validez de la misma. Por otro lado, Flórez (2016) realizó un análisis de comportamiento de la

versión adaptada a población española de la prueba (García, Navarro, Andrés, Montero, López & Piva, 2014) en una muestra de 22 participantes encontrando una consistencia interna de 0,75 que indica una validez moderada para la utilización de dicha adaptación (utilizada en la presente investigación) en población colombiana. La escala se utilizó antes y después de la intervención; y la calificación se hizo calculando la media; para establecer el nivel se utilizaron los baremos planteados por la autora (Neff, 2003) según la cual puntuaciones menores a 2,5 indican bajos niveles, puntuaciones entre 2,5 y 3,5 habrían de un nivel moderado en la escala y puntuaciones mayores a 3,5 hacen relación a altos niveles.

Entrevista conductual (Apéndice G). Entre los objetivos de la entrevista conductual está la identificación de conductas problema y la facilitación para seleccionar los métodos de evaluación apropiados para el caso. Asimismo, la entrevista conductual permite identificar parámetros importantes de la conducta problema como lo son la frecuencia, la duración, la intensidad, los antecedentes y las consecuencias (Ruíz, Díaz, & Villalobos, 2012). Se utilizó para realizar el análisis funcional de las preguntas problema y para indagar la historia del consultante, entre otras.

Procedimiento

Fase 1. Inicialmente se ejecutó una revisión teórica y empírica sobre el Programa de entrenamiento en Autocompasión Consciente (Germer & Neff, 2013) y sobre la comunicación afectiva, delimitando las variables dependiente e independiente de la investigación, pregunta de investigación y objetivos. Seguidamente, se realizó una solicitud a la Directora del Centro de Servicios de Psicología (CSP) y a la supervisora de prácticas de la investigadora para realizar la investigación dentro de la institución y asignar consultantes acordes con los criterios de inclusión previamente mencionados. La solicitud fue aprobada y se le permitió a la investigadora desempeñarse como terapeuta bajo la

supervisión de dos psicólogas profesionales. A continuación se realizó la selección de participantes, por conveniencia y de acuerdo a la disponibilidad del CSP; cuando fueron asignados los participantes se realizó una sesión de evaluación inicial donde el participante fue elegido de acuerdo a los criterios establecidos. Cabe resaltar, que respetando lineamiento éticos, la terapeuta continuó procesos terapéuticos independientes a la investigación con aquellos consultantes que no cumplieron los criterios de inclusión pero que fueron asignados a la practicante.. Finalmente, se realizó la firma del consentimiento informado donde se explicaron los objetivos de la investigación.

Fase 2. En esta fase de la investigación se dió inicio al proceso terapéutico el cual comenzó con la sesión de valoración inicial que por directrices del centro de servicios, fue llevada a cabo por una profesional de la institución; allí la profesional registró datos demográficos, realizó la firma del consentimiento informado relativo al proceso para el niño, profundizó el motivo de consulta y evaluó áreas de ajuste . Fue ella quien confirmó a través de entrevista inicial el cumplimiento de criterios de inclusión para que posteriormente la terapeuta/practicante iniciara el establecimiento de la línea de base (apartando la sesión de valoración inicial); adicionalmente, se identificó la necesidad de iniciar el proceso terapéutico dirigido al papá, como criterio relevante para el avance terapéutico del niño, aspecto que se explica y es aceptado por el acudiente. La Tabla 1 describe detalladamente el proceso terapéutico incluyendo la línea de base, fase de intervención y seguimiento. Durante las 3 fases se desarrolló la recopilación de los datos obtenidos a partir de los autorregistros , registros y la entrevista conductual consolidando el análisis funcional. Estos recursos fueron igualmente útiles para la construcción de la formulación de caso una vez finalizada la evaluación. Vale la pena resaltar que las sesiones de evaluación y seguimiento tuvieron una duración entre 45 y 60 minutos; en cuanto a las

sesiones de intervención se realizaron sesiones dobles de aproximadamente 90 minutos siguiendo parametros temporales cercanos a los establecidos por Neff (2003) para el desarrollo del Programa de entrenamiento en Autocompasión consciente pero considerando a su vez, las posibilidades de asistencia del participante; por ésta razón se descartaron algunas estrategias incluídas en el mismo enfocadas en la disminución de la autocrítica, a perfeccionar la prácticas de ejercicios de atención plena y a brindar estrategias para mantener la práctica al finalizar la intervención. Cabe resaltar que debido a que las sesión 5 de intervención no pudo realizarse por enfermedad de la terapeuta, la última sesión de intervención se tuvo mayor duración, logrando así incluir los ejercicios planteados para la quinta sesión. Respecto a la estructura general de las sesiones de intervencion, todas ellas incluyeron: revisión del autoregistro, aplicación de estrategias de intervención, retroalimentación de la sesión y entrega de los autoregistros de tarea.

Tabla 1. *Descripcion de las sesiones de valoracion inicial, linea de base, intervenció n y seguimiento*

Sesión	Objetivos	Actividades
Sesión de Recepción	A. Realizar encuadre terapéutico. B. Realizar explicación de los objetivos de la investigación y de las consideraciones éticas de la misma e invitar al participante a hacer parte del estudio.	-Registro de datos sociodemográficos -Realizar entrevista conductual con base en los criterios de inclusion, para indagar posibilidad de que el participante haga parte de la investigación. -Explicar objetivos de la investigación, aspectos éticos y aspectos metodológicos de la misma. - Realizar evaluación de la Conducta parental por medio de Cuestionario de Conducta Parental. -Realizar evaluación de los niveles de Autocompasión por medio de la Escala de Autocompasión
1	B. Iniciar evaluación de línea base.	-Realizar firma del consentimiento informado donde el sujeto acepta

		<p>participar voluntariamente en la investigación.</p> <p>- Por medio de entrevista conductual realizar análisis en cadena de la Comunicación Afectiva y establecer frecuencia con que ésta se presenta durante la semana, con base en los autregistros.</p> <p>-Iniciar evaluación de áreas de ajuste.</p> <p>Tarea. Autorregistro tipo ABC.</p>
2	A.Continuar proceso de evaluación de línea base.	<p>- Por medio de entrevista conductual realizar análisis en cadena de la Comunicación Afectiva y establecer frecuencia con que ésta se presenta durante la semana, con base en los autregistros.</p> <p>-Continuar evaluación de áreas de ajuste.</p> <p>Tarea. Autorregistro tipo ABC.</p>
3	A.Continuar evaluación de conducta parental e indagar áreas de ajuste y revisar autorregistros.	<p>-Por medio de entrevista conductual profundizar áreas de ajuste, haciendo énfasis en la relación parental y la conducta parental.</p> <p>-Por medio de entrevista conductual realizar análisis en cadena de la Comunicación Afectiva y establecer frecuencia con que ésta se presenta durante la semana, con base en los autregistros.</p> <p>Tarea. Autorregistro tipo ABC.</p> <p>-Continuar evaluación de áreas de ajuste.</p>
4	A.Realizar análisis funcional de la conducta parental con base en los autorregistros realizados por el consultante proceso de evaluación.	<p>-Por medio de entrevista conductual realizar análisis en cadena de la Comunicación Afectiva y establecer frecuencia con que ésta se presenta durante la semana, con base en los autregistros.</p> <p>Tarea. Autorregistro tipo ABC.</p> <p>-Finalizar proceso de evaluación de áreas de ajuste.</p>
5	<p>A. Dar inicio al proceso de interevención retroalimentando resultados obtenidos</p> <p>B. Dar inicio al proceso de intervención enseñando al participante el significado de la Autocompasión.</p> <p>B. Realizar introducción a la práctica y teoría del Mindfulness</p>	<p>-Por medio de entrevista conductual realizar retroalimentación de los resultados obtenidos hasta el momento.</p> <p>-Explicación de qué es Autocompasión y sus componentes.</p> <p>- Explicación de qué NO es Autocompasión.</p> <p>-Ejercicio: Descanso Autocompasivo</p> <p>-Explicación de qué es el Mindfulness</p> <p>-Explicación de la red de modo automático</p> <p>-Explicación de la fórmula del sufrimiento</p>

		-Ejercicio: Respiración cariñosa. Tarea. Practicar Descanso autocompasivo.
6	A. Realizar introducción al concepto de Bondad Amorosa (<i>Loving-Kindness</i>) B. Moldear las conversaciones internas de los consultantes, llevándolas de autocríticas a ser motivadoras	-Explicación del significado de la Bondad Amorosa. -Ejercicio: Meditación de la Bondad Amorosa -Socializar la importancia de NO juzgar la propia práctica del Mindfulness. -Ejercicio: Lenguaje Autocompasivo (cada participante crea tres frases que para él generan respuestas autocompasivas). -Explicación de la autocrítica y sus efectos en el desempeño, cuando debe enfrentarse a momentos difíciles. -Ejercicio: Encontrando mi voz autocompasiva. -Ejercicio: Respirando Autocompasión Adentro y afuera. -Por medio de entrevista conductual: evaluar frecuencia de expresiones de comunicación afectiva positiva durante la semana. Tarea. Carta Autocompasiva (para mí mismo).
7	A. Brindar al participante herramientas para el manejo de emociones por medio del entrenamiento en atención plena y autocompasión.	-Explicación de las tres etapas para llegar a la Autocompasión. -Explicación de las actitudes para abrirse al dolor emocional con atención plena. -Ejercicio: Nombrando emociones. -Ejercicio: Suavizar, calmar y permitir.
8	A. Introducir la Autocompasión como herramienta para transformar relaciones personales retadoras/difíciles.	-Explicación de la dificultad que implican las relaciones personales. -Identificación de necesidades insatisfechas que generan conflictos o sentimiento difíciles en las relaciones personales. -Ejercicio: Perdonarse a sí mismo. Tarea: Identificar cuál de los ejercicios aprendidos es el más útil para el participante.
9	A. Finalizar proceso de intervención B. Realizar evaluación post-test de la conducta parental haciendo énfasis en la comunicación afectiva.	-Realizar retroalimentación del proceso de intervención -El participante discute con el terapeuta las siguientes preguntas: ¿Para qué sirve la Autocompasión? ¿Cómo puedo hacer de la Autocompasión parte de mi vida? ¿Cuál de los ejercicios aprendidos es el más útil para

		<p>mí? Para mí ¿Cuál es el momento del día ideal para practicar la Autocompasión?</p> <p>-Realizar evaluación post-test de la conducta parental por medio de Entrevista Conductual y Cuestionario de Conducta parental.</p>
10	<p>A. Realizar primera sesión de seguimiento con el objetivo de evaluar la Comunicación Afectiva (afecto positivo) de acuerdo a la morfología establecida, haciendo énfasis en la frecuencia que se da la misma y los antecedentes que favorecen la aparición de la misma.</p>	<p>-Por medio de entrevista conductual, indagar frecuencia en que se presenta actualmente la comunicación afecto positivo por parte del participante hacia sus hijos, especialmente el niño que acude a consulta psicológica; lo anterior de acuerdo a la topografía previamente establecida.</p> <p>Tarea: Autorregistros de conducta parental → Análisis funcional de la misma</p>
11	<p>A. Realizar sesión de seguimiento buscando establecer la frecuencia con que se presentaron expresiones de Afecto positivo, de acuerdo a la topografía previamente establecida, durante la semana.</p>	<p>-Por medio de entrevista conductual y de la revisión de los autorregistros, indagar frecuencia en que se presenta actualmente la comunicación de afecto positivo por parte del participante hacia sus hijos, especialmente el niño que acude a consulta psicológica.</p>
12	<p>A. Realizar sesión de seguimiento buscando establecer la frecuencia con que se presentaron expresiones de Afecto positivo, de acuerdo a la topografía previamente establecida, durante la semana.</p> <p>B. Realizar evaluación del nivel de comunicación afectiva presente actualmente en el consultante por medio de instrumento psicométrico.</p>	<p>-Por medio de entrevista conductual y de la revisión de los autorregistros, indagar frecuencia en que se presenta actualmente la comunicación de afecto positivo por parte del participante hacia sus hijos, especialmente el niño que acude a consulta psicológica.</p> <p>-Realizar aplicación final del Cuestionario de Conducta Parental.</p>
13	<p>A. Realizar evaluación de los Autorregistros.</p> <p>B. Realizar retroalimentación de los resultados obtenidos durante el proceso.</p> <p>C. Realizar cierre del proceso terapéutico.</p>	<p>-Por medio de entrevista conductual revisar autorregistros.</p> <p>-Socializar al participante resultados obtenidos durante el proceso, por medio de autorregistros y entrevista conductual.</p>

Como puede apreciarse, la línea de base consto de 4 sesiones; la fase de intervención de 6 sesiones y la fase de seguimiento de 4 sesiones telefónico, y 4 sesiones de seguimiento presencial. Es importante mencionar que debido a que en la línea base se obtuvo una estabilidad lineal en los datos, fue posible iniciar el tratamiento en ese punto.

Fase 3. En esta fase se llevó a cabo el análisis de resultados y discusión de los hallazgos a la luz de la revisión teórica y empírica. Se estableció la frecuencia de las conductas de Comunicación Afectiva (positiva) para realizar una gráfica que facilitara el análisis visual de los datos. Paralelamente, con el objetivo de dar fuerza a los datos obtenidos mediante los autorregistros, se hizo el cálculo de las puntuaciones del Cuestionario de Conducta Parental haciendo énfasis en la escala de Comunicación afectiva. Para finalizar, con base en los datos obtenidos y en la revisión teórica realizada en la primera fase, se dio inicio a la construcción de la discusión, la cual permitió realizar las conclusiones de la investigación.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue desarrollado teniendo en cuenta los principios éticos y deontológicos de la investigación y el ejercicio de la psicología. Para esto fue considerada la resolución 8430 expedida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993) el cual aborda las normas a tener en cuenta ante la realización de investigaciones dentro del área de la salud. De acuerdo a esto, fueron tomados en cuenta los riesgos de la intervención -los cuales fueron catalogados como mínimos- la cual fue realizada bajo la supervisión de dos psicólogas profesionales desempeñadas en el área clínica, esto con el objetivo de garantizar rigor en las estrategias aplicadas. Adicionalmente, se respetaron los derechos del participante y su dignidad, dándole prioridad a su bienestar, confidencialidad a la

información y protegiendo su identidad. Finalmente, por medio de un consentimiento informado escrito, se hicieron explícitos ante el participante los objetivos, beneficios y riesgos de la investigación; haciendo énfasis en sus derechos a obtener información acerca de los resultados y de los avances de la investigación, y a retirarse de la misma en caso de que así lo decidiera.

Resultados

El participante asiste al CSP como acudiente bajo remisión de la institución educativa de su hijo en la que se menciona establecimiento de límites ineficiente, manejo de contingencias inefectivo, uso de estrategias poco asertivas para el manejo de la conducta del niño (uso de castigo físico) y conexión y comunicación afectivas ineficaces.

Adicionalmente, el consultante describe una constante irritabilidad hacia su hijo que en ocasiones genera respuestas explosivas (gritos, golpes) ante el comportamiento del mismo; reporta malestar emocional caracterizado por sentimientos de culpa ante sus respuestas agresivas y sentimientos de ira por los constantes conflictos entre su hijo y él.

En la tabla 2 se muestra la clase funcional y topográfica de la comunicación afectiva positiva del padre definida inicialmente con base en la revisión teórica y medida durante la línea de base, intervención y seguimiento a partir de los Autorregistros tipo ABC, registros tipo ABC realizados la terapeuta así como la entrevista conductual que nutrió el análisis funcional en todas las fases del proceso

Tabla 2. *Descripción funcional y topográfica de la “comunicación afectiva positiva”*

Clase Funcional “Comunicación Afectiva positiva”	Topografías de Respuesta a medir
Repertorio conductual frente a situaciones en las cuales 1) su hijo expresa afecto hacia él, 2) su hijo presenta desempeño esperado	Expresiones verbales: Manifestar al hijo que es querido/amado, felicitarlo, decirle que se siente orgulloso de el, preguntar a su

<p>en actividades académicas 3) su hijo se aproxima a él brindando expresiones afectivas o al manifestar necesidades, 3) espacios de ocio o que impliquen contacto familiar (fines de semana), 4) Emisión de comportamientos de desobediencia por parte de su hijo 5) Emisión de comportamientos esperados por parte de su hijo 6) Situaciones que impliquen expresión de emociones y sentimientos hacia su hijo. La función de dicho repertorio es atención/obtención de tangibles (reforzamiento positivo)</p>	<p>hijo por sus necesidades, decirle que cuenta con él, preguntar a su hijo por sus emociones, manifestar a su hijo aspectos positivos de su comportamiento Expresiones no verbales de afecto: sonreír, abrazar, mantener contacto visual brindando señales de aprobación, asentir con la cabeza, acariciar, utilizar un tono de voz neutro, aproximarse físicamente a su hijo, escucharlo). Jugar/compartir espacios de ocio.</p>
--	--

Como está expuesto en la tabla 2, la emisión del repertorio de comunicación afectiva positiva se compone de diversas topografías que implican la expresión de afecto positivo verbales y no verbales así como la realización de actividades de ocio y juego. Entre las situaciones que despliegan dicha conductas que se presentaron con mayor frecuencia están aquellas en las que su hijo obtiene desempeño académico esperado y en las que el niño emite comportamientos esperados por él. La topografía de respuesta más frecuente fue asentir con la cabeza.

Si bien la comunicación afectiva negativa no fue definida como variable dependiente del presente estudio, la tabla 3 presenta la caracterización funcional y topográfica, revisada durante la fase de línea base, intervención y seguimiento considerando que hacía parte del repertorio conductual del padre previo a la intervención obtenida tras el análisis funcional durante la línea de base

Tabla 3. *Descripción funcional y topográfica de la “comunicación afectiva negativa”*

Clase funcional “comunicación afectiva negativa”	Topografías de respuesta
Repertorio conductual frente a situaciones en las cuales 1) su hijo expresa afecto hacia él, 2)	Guardar silencio, retirarse del lugar, decirle que es insoportable, “ve que si podía?”, subir el tono de voz, realizar actividades laborales en espacios de

su hijo presenta desempeño esperado en actividades académicas 3) su hijo se aproxima a él brindando expresiones afectivas o al manifestar necesidades, 3) espacios de ocio o que impliquen contacto familiar (fines de semana), 4) Emisión de comportamientos de desobediencia por parte de su hijo 5) Emisión de comportamientos esperados por parte de su hijo 6) Situaciones que impliquen expresión de emociones y sentimientos hacia su hijo. La función de dicho repertorio es doble, escape/evitación y atención/obtención de tangibles (reforzamiento negativo y positivo respectivamente)	ocio familiar, emitir gestos desaprobatorios, mantener expresión facial neutra
--	--

Como se expresa en la tabla 3, se encontró la emisión del repertorio comunicación afectiva negativa en las situaciones reportadas en la Tabla 2 siendo necesario el registro de dichas topografías dada su alta frecuencia durante la línea de base. . Cabe resaltar que la topografía que fue más característica fue la de decirle a su hijo que es insoportable y emitir gestos desaprobatorios ante su comportamiento lo que se presentó mayoritariamente en situaciones como en las que el niño emitía comportamientos desobedientes o en las que le expresaba afecto e incluso durante las sesiones terapéuticas iniciales..

La figura 1 muestra la frecuencia absoluta semanal de comunicación afectiva positiva durante la línea de base, tratamiento y seguimiento. Las interrupciones en la continuidad de los datos presentados en la fase B representan una semana en la que no fue posible atender al consultante por enfermedad de la terapeuta (semana 9). Las interrupciones presentadas en la fase de seguimiento obedecen a la semana 11 en la que no

se logró contacto con el padre y las semanas 16 a 19 que corresponden al periodo vacacional del Centro de Servicios de Psicología.

Durante la línea base la cual estuvo compuesta por cuatro puntos se pudo observar una estabilidad de nivel con datos que oscilan entre 1 y 2 para un promedio de 1.75 conductas de comunicación afectiva positiva. Vale la pena resaltar, que no fue necesario extender la línea base debido a la estabilidad alcanzada. Las únicas manifestaciones de comunicación afectiva positiva se vincularon a felicitaciones a su hijo por obtener el desempeño que él esperaba académicamente evidenciando dificultad para el reconocimiento de otros comportamientos del niño así como para expresar y responder al afecto cotidianamente y generar proximidad desde el lenguaje verbal y no verbal hacia su hijo.

En cuanto a la fase de intervención, la cual tuvo una duración de seis semanas (incluida la retroalimentación después de la línea de base realizada la primera sesión de tratamiento), es posible observar una disminución de la conducta en la semana 5 comparada con la sesión 4 que estuvo relacionado con un aumento en las quejas por parte del colegio lo que llevó al padre a aumentar el uso de expresiones como “qué vamos a hacer con usted” y a usar el castigo físico (3 golpes con un cinturón). Sin embargo a partir de la semana 6 la conducta de comunicación afectiva positiva presenta una tendencia positiva incrementándose a una frecuencia de 4 desde la semana 6 y luego a 7 topografías en la semana 10. En cuanto esto, se evidenció un aumento en la frecuencia absoluta de topografías como abrazar a su hijo cuando este le expresa afecto, sonreír y felicitarlo. Así, el rango de frecuencia absoluta de morfologías de comunicación afectiva positiva emitida por el padre durante la intervención osciló entre 1 y 7 con un promedio de..... indicando la tendencia positiva en la serie durante el tratamiento.

Finalmente en la fase de seguimiento, es posible observar estabilidad de nivel entre las sesiones 12 y 20 con una frecuencia absoluta de 8. Lo que señala mantenimiento en de la frecuencia máxima lograda durante la intervencion. Sin embargo, entre las sesiones 21 y 23 se observa un cambio en la tendencia de la variable indicando aumento en la frecuencia de comunicación afectiva positiva lo que puede explicarse ya que el papá estableció un espacio de ocio con su hijo que se presenta en dos situaciones durante el día, a que disminuyó la frecuencia de la conducta desobediente por parte del niño lo que a su vez favoreció la frecuencia de expresiones no verbales de afecto como los abrazos; igualmente, el papá menciona mayor facilidad para identificar aspectos positivos de su hijo que ha favorito expresiones verbales de felicitación. En general la fase de seguimiento mostro una rango de datos entre 7 y 15. Ello implica que si se observa la tendencia general de los datos durante el seguimiento, (de la semana 12 a la 23) se aprecia una tendencia positiva lo que se dicutirá mas adelante, podría implicar que otras varaibles adicionales a la intervencion, pudieron influir en el cambio del comportamiento del padre

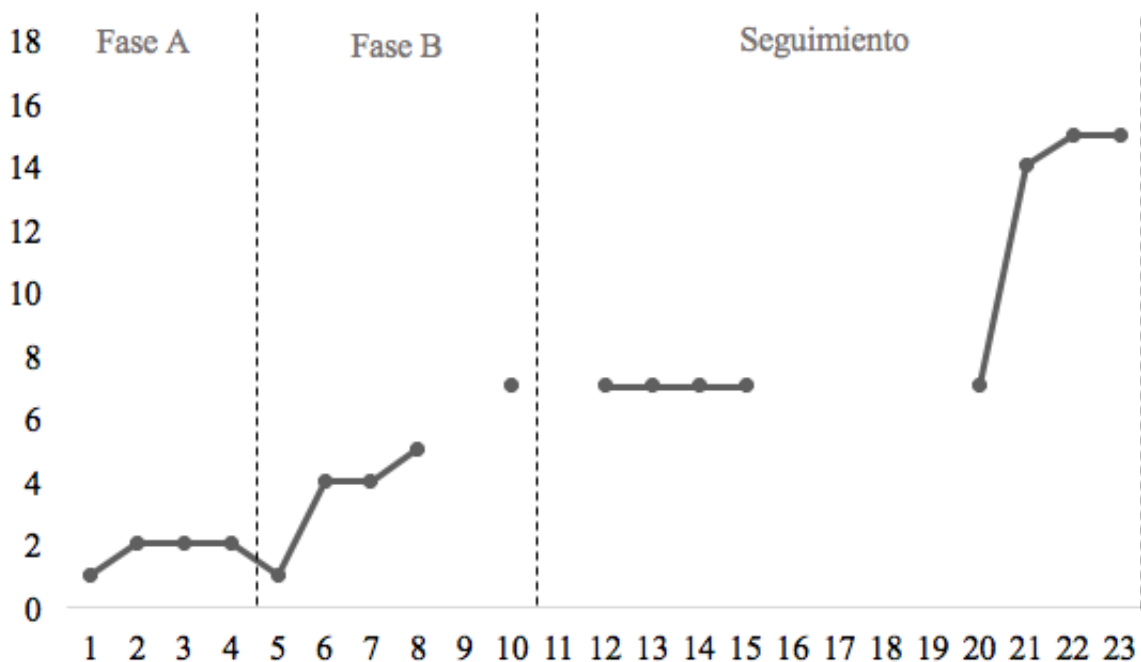


Figura 1. *Frecuencia semanal de la comunicación afectiva positiva durante las fases A, B y seguimiento.*

La figura 2 muestra la frecuencia absoluta semanal de comunicación afectiva negativa durante la línea de base, tratamiento y seguimiento. Las interrupciones dentro de la misma, se explican igual que en la figura 1. Cabe aclarar que si bien se había establecido como variable dependiente del estudio únicamente la comunicación afectiva positiva, dado el análisis durante la sesión de valoración donde se indicaba que el repertorio típico del padre se vinculaba a topografías de comunicación afectiva negativa, se decidió incluir la medición de esta variable para complementar la investigación contrastando la comunicación positiva con la negativa y nutrir la discusión.

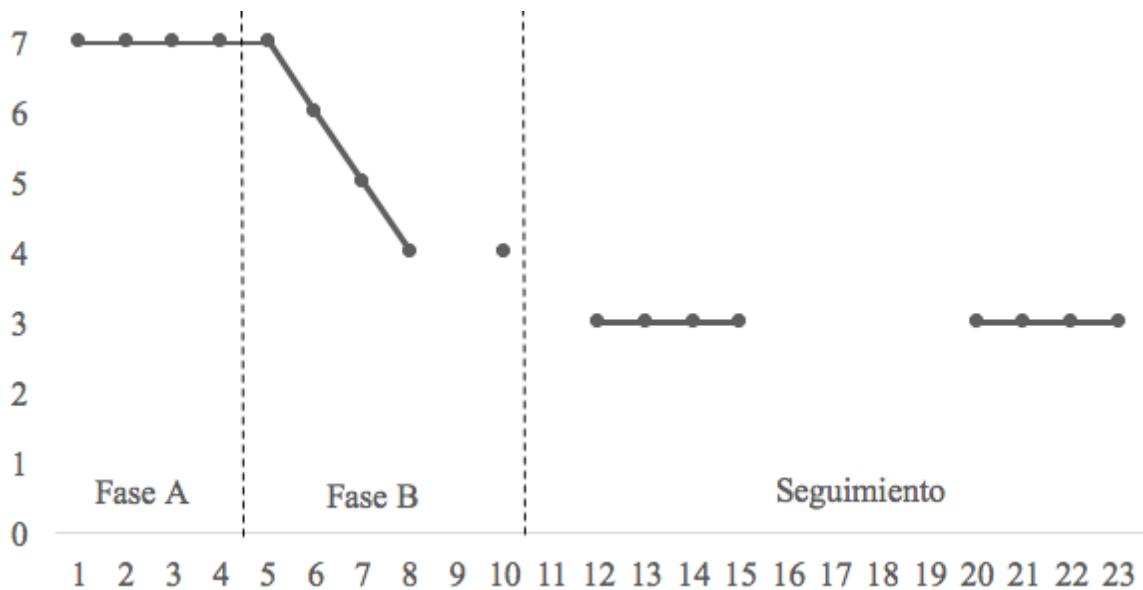


Figura 2. *Frecuencia semanal comunicación afectiva negativa durante las fases A,B y seguimiento.*

Durante la línea base la cual estuvo compuesta por cuatro puntos, se pudo observar una estabilidad de nivel con datos que indican un valor de 7 topografías de frecuencia de la

clase funcional. La frecuencia de la conducta se relaciona con una tendencia por parte del participante a resaltar aspectos negativos del comportamiento de su hijo, donde tiende a decirle que es insoportable, a mantener una expresión facial neutra o indicativa de permanente inconformidad (miradas desaprobatorias) y a realizar actividades laborales en espacios de ocio familiar. En la fase de intervención, se puede observar una tendencia negativa en los datos, lo anterior posiblemente relacionado con un aumento en la capacidad para observar aspectos positivos de su hijo, en el consultante; aquí se evidenció una frecuencia de . Dentro de esta fase, el consultante utilizó expresiones de desaprobación hacia su hijo, utilizó el castigo físico en una ocasión; con datos que oscilan entre 7 y 4 para una frecuencia absoluta de 5,4. Finalmente, en la última fase del proceso terapéutico la conducta de comunicación negativa decreció en la semana 12 momento desde el cual se mantuvo estable con una frecuencia de 3 topografías de la clase funcional por semana. Aquí, las topografías más características fueron emitir gestos de desaprobación y verbalizar frases como “ve que sí podía”.

Teniendo en cuenta que se obtuvieron datos descriptivos en las tres fases del proceso terapéutico, en la tabla 6 se resumen los cambios evidenciados en la conducta de comunicación afectiva positiva y negativa durante el proceso.

Tabla 4. *Cambios en la Comunicación Afectiva a nivel descriptivo en las fases A, B y seguimiento.*

Fase	Resultados descriptivos Comunicación Afectiva
A	Se evidencian una frecuencia de comunicación afectiva que se da entre 1 y 2 veces a la semana. En general, en el participante se encuentra una tendencia a resaltar aspectos negativos del niño; las expresiones de afecto están mediadas por las labores académicas y dada la conducta externalizante del niño y las constantes quejas por la institución, la frecuencia de comunicación afectiva positiva es baja. Dentro

	del contexto terapéutico, el participante muestra una expresión facial seria constantemente y tiende a realizar miradas de desaprobación al niño, cuando este habla o juega.
B	Respecto a la primera fase, se empiezan a evidenciar cambios a partir de la segunda sesión de tratamiento. Si bien, el consultante continúa siendo inexpresivo en las situaciones en que su hijo le dice que lo quiere, se torna más observador ante los aspectos positivos del niño lo que le permite identificarlos con mayor facilidad que en la fase anterior. Partiendo de esto, logra responder ante expresiones no verbales de afecto por parte de su hijo (abrazos). Finalmente, realiza dos actividades diferentes a las académicas o domésticas con su hijo, que favorece la dinámica entre los dos y donde logra reconocer un comportamiento más adaptativo en su hijo y un seguimiento instruccional que se da con menor latencia que en otras ocasiones.
Seguimiento	En comparación con las fases anteriores, dentro del contexto terapéutico el participante se muestra más abierto a la interacción con su hijo; donde responde a las preguntas que éste le hace y a los abrazos que le da al finalizar la sesión. Igualmente, destaca una disminución significativa en la frecuencia de la conducta desobediente de su hijo. Resalta haber establecido un “pequeño momento de juego” con su hijo en las mañanas y en las noches que favorece la expresión afectiva por medio de abrazos y que le genera bienestar emocional y satisfacción con la relación parental. Finalmente, se muestra agradecido ante las atenciones de su hijo hacia él, con expresiones no verbales de afecto (palmadas en la espalda y sonrisas).

Como se expresa en la tabla 4 las clases funcionales establecidas tuvieron cambios en el transcurso del proceso terapéutico. Así, en la fase A el participante presentaba con mayor frecuencia conductas como mantener una expresión facial seria ante expresiones de afecto por parte de su hijo y resaltar sus aspectos negativos del mismo. En contraste, en la fase B se identificó un aumento en las expresiones no verbales de afecto positivo como los abrazos y el establecimiento de espacios de ocio. Añadido a lo anterior, en la fase de

seguimiento se presentaron conductas de expresión no verbal de afecto positivo como dar palmadas en los hombros a su hijo (como señal de aprobación) y sonreír.

La figura 4 muestra los resultados obtenidos en la Prueba de conductas parentales. Se indican los valores en cada variable que evalúa la conducta parental con el fin de mostrar que en comunicación afectiva se presentaron los mayores cambios tras la intervención. Sin embargo, dado el objetivo del presente estudio, se centralizó el análisis en esta variable encontrando que la conducta de comunicación afectiva tuvo un aumento después del tratamiento; esto indica un nivel más alto de comunicación afectiva positiva por parte del participante hacia su hijo. En cuanto al establecimiento de límites se puede evidenciar un decremento de 0,2 en la puntuación entre la primera aplicación y la segunda aplicación; respecto al monitoreo se observa un incremento de 0,2 en el post-test; es posible afirmar que la comunicación afectiva tuvo un incremento de 1,5 después del tratamiento, siendo ésta la variable en la que más tuvo impacto el tratamiento y mostrando una puntuación que indica altos niveles de comunicación afectiva; finalmente en el manejo de contingencias, la puntuación bajó un 0,3.

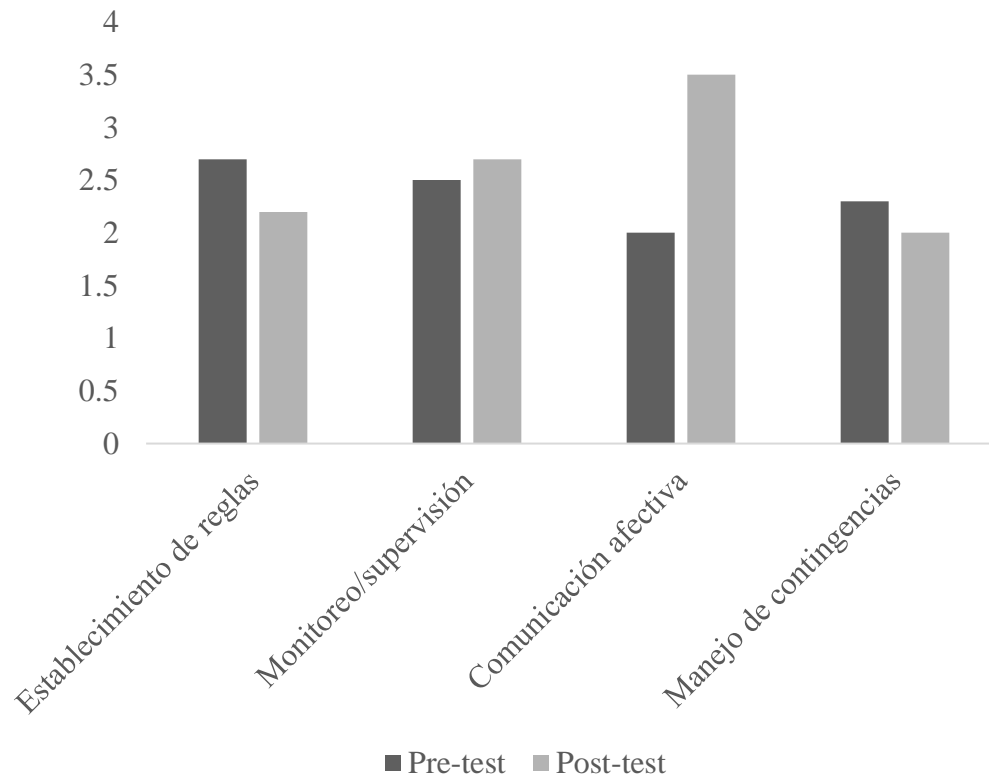


Figura 4. *Resultados pre-test y post-test del Cuestionario de Conductas Parentales (Ballesteros, 2001)*

Respecto a la evaluación con el padre y con el fin de nutrir la información acerca del caso, se decidió medir los niveles de autocompasión antes y después de la intervención. Esto debido a que, pese a que la variable dependiente del presente estudio no es la autocompasión, la intervención contiene entrenamientos en dichos repertorios. La figura 5 muestra los resultados obtenidos tras la aplicación pre y la post intervención de la Escala de Autocompasión. De acuerdo a lo expuesto, la puntuación en las tres escalas de la prueba aumentó después del tratamiento, lo que indica que éste tuvo un impacto en el nivel de Autocompasión del participante. Cabe resaltar que en el pre-test el consultante obtuvo puntuaciones entre 2,5 y 3,5 que indicaban un nivel de autocompasión moderado; este

cambió a un nivel alto en las tres escalas, dado que obtuvo puntuaciones por encima de 3,5.

Cabe resaltar, que la subescala que mostró mayor aumento fue la de Atención Plena.

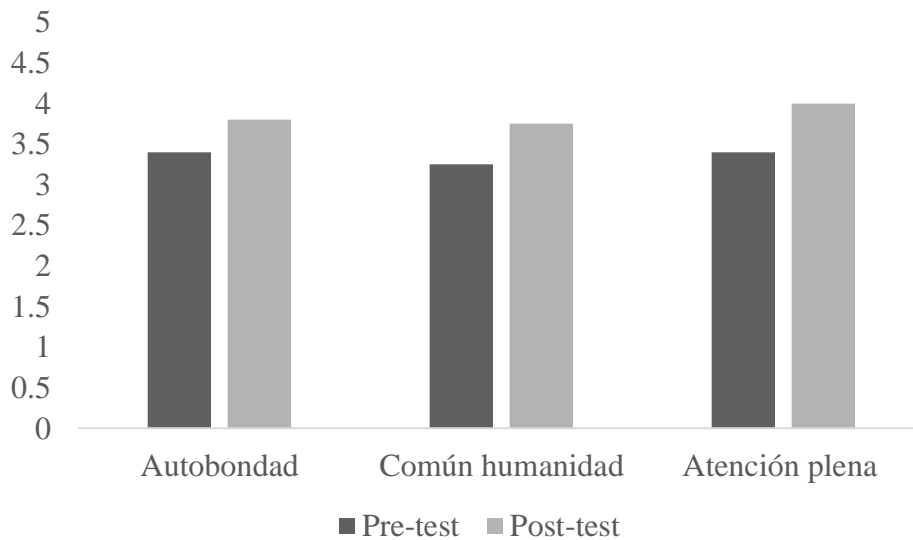


Figura 5. Resultados pre-test y post-test para la Escala de Autocompasión.

Finalmente y con el fin de contrastar los cambios en la comunicación afectiva con posibles variaciones en la conducta externalizante del niño, en la figura 5 se expone la frecuencia semanal de la Conducta Externalizante del hijo del consultante durante las tres fases del proceso terapéutico. Las interrupciones de la continuidad de los datos presentados en las fases B y seguimiento representan las mismas condiciones previamente mencionadas en la figura 5.

En cuanto a la fase de línea base, compuesta por cuatro puntos, se puede evidenciar tendencia de nivel pese a un decremento evidenciado en la semana 3 asociado con que en esa semana el niño visitó a sus abuela lo que implicó menores oportunidades de emisión de la conducta problema al ser estas conductas asociadas a la presencia de la figura paterna y situaciones vinculadas con este. Teniendo en cuenta la frecuencia conductual, se evidencian datos que oscilan entre 6 y 7 para un promedio de 6,75. Al observar la fase de intervención,

es posible identificar un decremento en la conducta externalizante del niño que se da después de la primera sesión de intervención con el padre; la cual se mantuvo por un periodo de 5 semanas. Finalmente, en la fase de seguimiento se evidencia una estabilidad de nivel con una frecuencia de 2 que se mantuvo desde la sesión final del tratamiento.

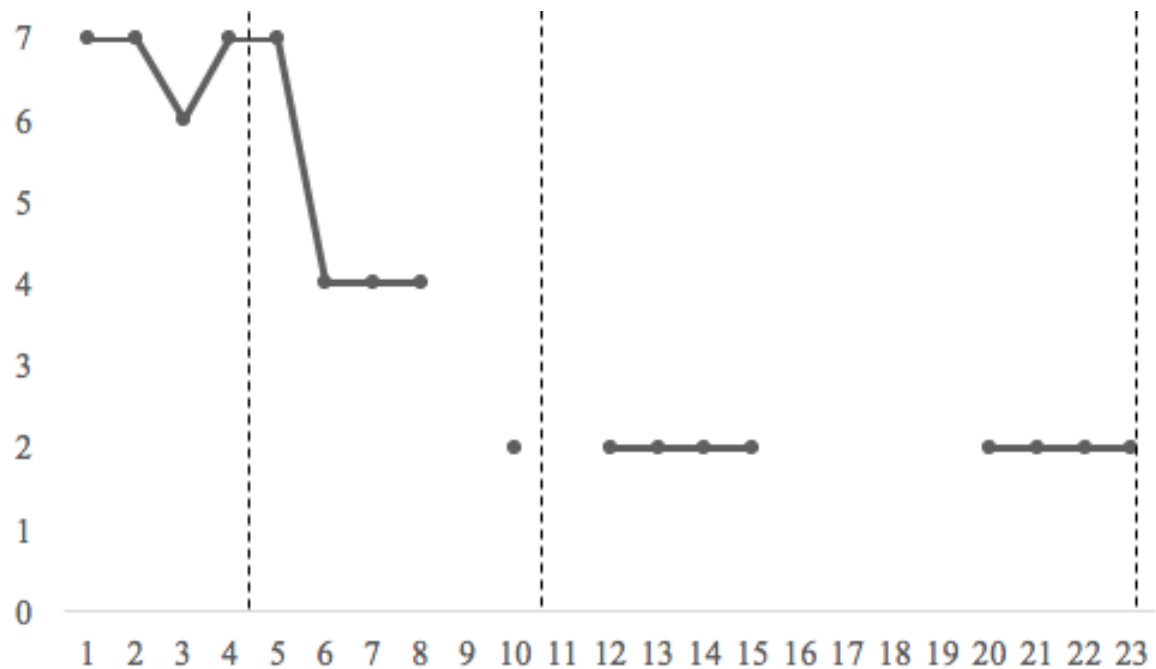


Figura 5. Frecuencia de la Conducta Externalizante del hijo del participante durante las fases A, B y seguimiento.

Discusión

La presente investigación buscaba identificar el efecto de estrategias del Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente de Germer y Neff (2013) sobre la comunicación afectiva de un padre de familia, con el fin de discutir la pertinencia de dichas estrategias en el manejo de problemas externalizantes en niños. Teniendo en cuenta que la investigación respecto a la Autocompasión, ha mostrado una relación positiva entre altos niveles de la misma y habilidades parentales adaptativas (Psychogiou *et al.*, 2010; Potter,

Yar, Francis & Schuster, 2014; Moreira, Gouveia, Carona, Silva & Canavarro, 2015; Neff & Faso, 2015); se esperaba que al implementar el tratamiento aumentara la frecuencia de conductas de comunicación afectiva del participante hacia su hijo.

A modo de conclusión, puede decirse que el objetivo general de la investigación se cumplió debido a que se evidenció un efecto de las estrategias del Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente (variable independiente) sobre la Comunicación Afectiva (variable dependiente) a través de un seguimiento sistemático que garantizó el análisis de la comunicación afectiva una vez culminada la intervención lo que tal como plantea Horner, Carr, Halle, McGee, Odom & Wolery (2005) y Ato & Vallejo (2015) permitió contrastar el desempeño conductual del participante en tres diferentes condiciones y observar si los cambios generados tras el tratamiento, permanecieron después de un tiempo.

De acuerdo a lo evidenciado en los resultados de la frecuencia absoluta de comunicación afectiva positiva, hubo un incremento de la misma en las fases de tratamiento lo cual se mantuvo durante el seguimiento, en comparación con la línea base establecida. Lo anterior, coincide con lo establecido por Neff (2013) respecto al impacto positivo que genera la Autocompasión sobre las relaciones interpersonales y la parentalidad.

En primer lugar frente a esos cambios, en cuanto a los datos descriptivos pudo evidenciarse una interacción positiva entre JE y su hijo, que coincide con lo establecido por Neff (2009) respecto a que una persona autocompasiva es tan bondadosa con los demás como lo es consigo misma. En segundo lugar, el aumento en los niveles de autocompasión tuvo un impacto en la percepción del participante respecto a la relación con su hijo donde reportó mayor bienestar respecto a la misma; lo anterior relacionado con lo expresado por Yale y Neff (2012) respecto a que ésta está relacionada con altos niveles de percepción de

bienestar dentro de las relaciones personales. Finalmente, puede decirse que tal como mencionan Yanell y Neff (2012) la autocompasión favorece el relacionamiento interpersonal de las personas.

En cuanto a la parentalidad, fue posible evidenciar la influencia de la Autocompasión en el bienestar parental, mencionada por Neff y Faso (2015); esto debido a que el participante logró responder asertivamente en situaciones en las que su hijo presenta comportamientos inadecuados, incluso mostrando respuestas menos explosivas, teniendo mayores estrategias para el manejo de la conducta de su hijo. Esto coincide con lo que expresaron los autores, respecto a que la Autocompasión actúa como factor protector para los padres, ante la severidad de algunos síntomas negativos en los niños. Igualmente, pudo observarse en el reporte del participante un aumento en el bienestar emocional después del tratamiento lo cual coincide con lo establecido por Zessin, Dickhäuser y Garbade (2015) respecto a la relación entre la Autocompasión y el Bienestar psicológico. Dentro de este contexto, el sujeto mencionó un incremento en sus habilidades para la regulación emocional en las situaciones en las que se presentaban las conductas externalizantes de su hijo; donde el comportamiento del niño evocó respuestas menos explosivas, que coinciden con lo establecido respecto al impacto que juega la Autocompasión en la regulación emocional (Barnard & Curry, 2011).

Adicionalmente, el participante resaltó mayor capacidad para identificar aspectos positivos de su hijo que coincide con lo mencionado por Potter, Yar, Francis y Schuster (2014) respecto a que la Autocompasión permite a los padres de familia descentrarse de pensamientos negativos respecto al comportamiento de sus hijos y tener respuestas menos reactivas ante el mismo. Respecto a esto, al utilizar estrategias de entrenamiento en atención plena, se favoreció la capacidad para observar aspectos negativos del niño dado

que al favorecer el reconocimiento de los sentimientos y pensamientos propios (Neff, 2003a; Neff, 2009), el papá logró aumentar su capacidad para observar los aspectos negativos de su hijo y así responder de una manera diferente ante ellos. Igualmente, estas estrategias le permitieron al consultante reconocer sus emociones sin juzgarlas y con aceptación (Neff, 2003^a; Neff, 2009) y con esto la expresión de los mismos.

Es importante mencionar, que los resultados obtenidos en la Escala de Autocompasión reflejaron la utilidad de las estrategias incluidas en el Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente (Germer & Nef, 2003) a la hora de incrementar los niveles de Autocompasión. Igualmente, de acuerdo a los resultados descriptivos con estas estrategias se cumple el objetivo planteado por sus creadores (Germer & Nef, 2003), logrando no solamente incrementar los niveles de autocompasión sino fomentar la transformación de relaciones y el manejo de emociones en los individuos. Cabe resaltar, que esta también mostró impactar positivamente en el incremento de la comunicación afectiva dentro de la relación parental.

Desde otra perspectiva, mediante la evaluación a través del Cuestionario de Conducta Parental se observaron cambios en el nivel de comunicación afectiva con un aumento en los puntajes obtenidos por el participante al finalizar el tratamiento, que coincide con lo mencionado respecto a que la autocompasión está relacionada con el afecto positivo (Leary, Tate, Adams; Batts & Hancock, 2007). Frente a lo que refiere Neff (2013b) que los altos niveles de autocompasión favorecen el establecimiento de límites y el manejo de contingencias en los niños, en la investigación se encontró que dichos niveles no aumentaron, lo cual puede estar asociado a procesos de aprendizajes anteriores del consultante frente al establecimiento de límites, puesto que en varias oportunidades suele

utilizar estrategias de comunicación infectivas a la hora de reforzar al niño como “ve que si podía” y “si hiciera las cosas así siempre, podría jugar más”.

Queda como punto importante a discutir, que los resultados obtenidos en esta investigación dan fuerza a lo expresado por los diferentes autores respecto a la importancia del ambiente sobre el comportamiento de los niños (Rey, 2006; Romero & Robles, 2011). Así la disminución en la frecuencia de las conductas externalizantes presentadas por el niño, muestra la influencia que tuvo el cambio en la conducta de JE sobre la conducta de su hijo donde tal como lo menciona Peláez (2008) el comportamiento de un individuo se ve influenciado por el comportamiento del otro. Haciendo énfasis en la conducta externalizante del hijo del participante, los resultados coinciden con lo previamente expresado por diversas investigaciones, respecto a que el contexto familiar juega un papel importante en el desarrollo de conductas externalizantes o en la disminución de las mismas (Iglesias & Romero, 2009; Martínez, 2010; Raya, Pino & Herruzo, 2012). Es así que es de gran importancia que frente a problemas de conducta en los niños se incluyan intervenciones con estrategias aplicadas directamente a los padres con el fin de modificar patrones conductuales en sus hijos (Rey, 2006; Romero & Robles, 2011; Mera, 2015; Vite, Alfaro, Pérez; Danyath & Miranda, 2015).

Para concluir éste análisis, cabe resaltar que el incremento en la comunicación afectiva por parte de JE coincide con una disminución en la frecuencia de las conductas externalizantes presentadas por su hijo que muestra la importancia de la comunicación afectiva dentro de la relación parental, y el efecto de la misma sobre la conducta de los niños (Estévez, Martínez, Moreno & Musitu, 2006; Mestre, Tur, Samper, Nácher & Cortés, 2007; Del Barrio, Carrasco, Rodríguez & Gordillo, 2009).

Finalmente, es importante tener en cuenta que por el tipo de diseño elegido en el presente estudio así como la muestra utilizada, no es posible generalizar los datos encontrados en el mismo. Se considera entonces, algunas recomendaciones para futuras investigaciones. En primer lugar, teniendo en cuenta que el consultante mostró una historia de aprendizaje que no incluyó repertorios conductuales de comunicación afectiva con su entorno, especialmente en su rol, podría proponerse investigaciones con diseños alternativos con el fin de favorecer entrenamientos dirigidos a favorecer las habilidades parentales. En segundo lugar, teniendo en cuenta que la Autocompasión puede considerarse un concepto abstracto que hace difícil su comprensión; sería importante (a) definirla operacionalmente con miras a facilitar la comprensión de la misma tanto para los participantes como para el evaluador, y (b) incluir en los criterios de inclusión, un nivel educativo mínimo con el fin de garantizar el entendimiento por parte del consultante una variable abstracta y su relación a su vida diaria. (c) utilizar una metodología que tenga en cuenta el control de las variables extrañas, identificación y manejo de las mismas; (d) generar investigaciones con muestras significativas con el fin de realizar mayores correlaciones de las variables implicadas en el concepto de autocompasión y conducta parental como tal.

Adicionalmente, es importante mencionar que durante la investigación se presentaron algunas limitaciones. En primer lugar, el trabajo fue realizado con un consultante con nivel educativo de cuarto de primaria; lo que dificultó la comprensión de los conceptos de Atención Plena y Autocompasión. Dicha dificultad se vio reflejada en algunos de los ejercicios experienciales y en la petición de apoyo para responder la Escala de Autocompasión por parte del participante (Neff & Germer, 2013); situación que pudo haber generado impacto en los resultados obtenidos en las mediciones. Por otro lado, la fase

de seguimiento coincidió con el periodo de vacaciones del hijo del participante lo que pudo haber afecto los resultados obtenidos después de dicho periodo, debido a que las vacaciones aumentaron las ocasiones para que surgiera la comunicación afectiva. También, teniendo en cuenta que para la aplicación del protocolo del Programa de Entrenamiento en Autocompasión Consciente es necesario una preparación previa por parte del terapeuta y que éstas sesiones son diseñadas para sesiones grupales, estas pueden considerarse variables que pudieron haber afecto el impacto de las estrategias utilizadas.

Finalmente, se puede decir que la investigación a pesar que muestra resultados esperados frente al aumento en los niveles de autocompasión lo cual relaciona de manera directa con el aumento en las habilidades de comunicación afectiva del consultante y paralelamente a esto se evidencia una disminución de conducta externalizante del niño como resultado de cambios la relación parental, no se logran cambios en su totalidad puesto que aspectos como el manejo de contingencias y establecimiento de reglas se mantienen en la misma medida que al iniciar, mostrando que las estrategias utilizadas muestran resultados parciales, excluyendo algunos aspectos que pueden ser relevantes en la necesidad expresada por el consultante, razón por la que se garantiza la continuación del proceso terapéutico favoreciendo dichos aspectos.

Referencias

- Aguilar, C., & I Navarro, J. (2008). Análisis funcional e intervención con economía de fichas y contrato de contingencias en tres casos de conductas disruptivas en el entorno escolar. *Revista Latinoamericana de psicología*, 40(1), 133-139.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.
- American Psychological Association. (2010). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. En <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Aquilino, P. L., & Pedro, M. C. (2009). Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia.
- Araya, C., & Moncada, L. (2016). Autocompasión: Origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78.
- Arimitsu, K. (2016). The effects of a program to enhance self-compassion in Japanese individuals: A randomized controlled pilot study. *The Journal of Positive Psychology*, 11(6), 559-571.
- Ato, M. & Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barjoe, L. K., & Saeinia, M. (2016). The Effect of Self-Compassion Training on Self-Discrepancy of the Married Women Referred to the Family Counseling Centers in Naft Shahr County in Ahvaz. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926*, 627-635.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289.

- Ballesteros, B. (2001). Conductas parentales prevalentes en familias de estratos 1 y 2 de Bogotá. *Suma psicológica*, 8(1), 95-142.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. In P.A. Cowan & E. M. Hetherington (Eds.), *Advances in family research* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G., & Dagnall, N. (2016). Does Compassion-Focused Therapy Training for Health Care Educators and Providers Increase Self-Compassion and Reduce Self-Persecution and Self-Criticism?. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(1), 4-10.
- Calderón, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 79-98.
- Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Casarín, A., Murguía, R., & Infante, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 13(1), 91-105.
- Cooper, J., Heron, T. & Heward, W. (2007). *Applied behavior analysis* (2^a ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.

Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological bulletin*, 130(3), 392.

Danucalov, M., Kozasa, E., Afonso, R., Galduroz, J., & Leite, J. (2016). Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers of Alzheimer's disease patients: A randomized controlled trial. *Geriatrics & gerontology international*.

Del Barrio, V., Carrasco, M., Rodríguez, M., & Gordillo, R. (2009). Prevención de la agresión en la infancia y la adolescencia. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 9(1), 101-107.

De la Rubia, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA ergo-sum*, 18(2), 117-125.

Díaz, M., Ruíz, M., & Villalobos, A. (2012) El proceso en Terapia de Conducta: la evaluación conductual. En M. I. Díaz, M. Á. Ruiz, & A. Villalobos, *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (págs. 99-152). Bilbao: Descleé De Brouwer.

Dinkmeyer, D., & McKay, G. D. (1989). *The parent's handbook: Systematic training for effective parenting*. American Guidance Service, 4201 Woodland Road, Circle Pines, MN 55014.

Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical child and family psychology review*, 12(3), 255-270.

Duran, S., & Barlas, G. Ü. (2016). Effectiveness of psychoeducation intervention on subjective well being and self compassion of individuals with mental disabilities. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(1), 181-188.

- Estévez, E., Martínez, B., Moreno, D., & Musitu, G. (2006). Relaciones familiares, rechazo entre iguales y violencia escolar. *Cultura y Educación*, 18(3-4), 335-344.
- Flórez, B. (2016). Efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso con énfasis en Autocompasión sobre Flexibilidad Psicológica y Autocompasión en jóvenes universitarios (tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.
- Friis, A. M., Johnson, M. H., Cutfield, R. G., & Consedine, N. S. (2016). Kindness matters: a randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA1c among patients with diabetes. *Diabetes Care*, 39(11), 1963-1971.
- Garcés, M., & Palacio, J. (2010). La comunicación familiar en asentamientos subnormales de Montería. *Psicología desde el Caribe*, 1-29.
- García, V. E. C., Bernal, M. R. G., & Marín, I. P. G. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241.
- García, J., Navarro, Andrés, E., Montero, J., López, A. & Piva, M. (2014). Validation of the spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*. 12(4), 1-9.
- Germer, C. & Neff, K. (2013). The Mindful Self-Compassion training program. In T. Singer & M. Bolz (Eds.) *Compassion: Bridging theory and practice: A multimedia book* (pp. 365-396). Leipzig, Germany: Max-Planck Institute.
- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.

Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory, 12*(4), 507-516

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional imagery and compassionate mind training. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy, 263-325*.

Gil, F., & Hernández, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology, 40*(1), 89-104.

González, C., Ampudia, A., & Guevara, Y. (2012). Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados. *Acta colombiana de Psicología, 15*(2), 43-52.

Gordon, T. (2008). *Parent effectiveness training: The proven program for raising responsible children*. Harmony.

Graham, J., Karmarkar, A. & Ottenbacher, K. (2012). Small sample research designs for evidence-based rehabilitation: issues and methods. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93, 9*, 111-116. DOI: 10.1016%2Fj.apmr.2011.12.017

Hayes, S., Barlow, D. & Nelson-Gray, R. (1999). *The scientist practitioner: research and accountability in the age of managed care* (2^a ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follete, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152 – 1168.

- Hembree-Kigin, T. L., & McNeil, C. (2013). *Parent—child interaction therapy*. Springer Science & Business Media.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Concepción o elección del diseño de investigación. En R. Hernández, C. Fernández, & P. Baptista, *Metodología de investigación* (págs. 157-234). México D.F: Mc-Graw Hill Interamericana.
- Horner, R., Carr, E., Halle, J., Mcgee, G., Odom, S., & Wolery, M. (2005). The use of single – subject research to identify evidence-based practice in special education. *Council For Exceptional Children*, 71, 2, 165-179.
- ICBF (2013). Tercer informe de Colombia al comité de los derechos del niño 1998 2003. Recuperado Julio 5 de 2010 de http://www.icbf.govco/Prensa_comunicaciones/documentos/3informe.pdf
- Iglesias, B., & Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia.
- Isaza, L., & Henao, C. (2015). Influencia del clima sociofamiliar y estilos de interacción parental sobre el desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas. *Persona*, (15), 253-271.
- Kazdin, A. E. (1995). Terapia de habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología conductual*, 3(2), 231-250.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1349-1356.

- Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 88(3), 285-303.
- Jiménez, T. I., Murgui, S., & Musitu, G. (2007). Comunicación familiar y ánimo depresivo: el papel mediador de los recursos psicosociales del adolescente. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 259-271.
- Leary, M., Tate, E., Adams, C., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887.
- Ledo, I. C., González, H., & Barroso, A. (2012). Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental*, (43), 30-36.
- López-Soler, C., Sáez, M., López, M., Fernández, V., & Pina, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Marinho, M. L., & Silveira, E. F. M. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8(2), 299-318.
- Martin, G., & Pear, J. (1998). *Modificación de conducta*. Prentice Hall.
- Martínez, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas*, 6(1), 111-121.

- Mason, O., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74(2), 197-212.
- Mera, Y. R. (2015). *Intervención clínica de los problemas de comportamiento externalizantes en la niñez intermedia* (Tesis de especialización). Universidad Católica de Pereira, Colombia.
- Méndez Sánchez, C. (2014). Efecto del mindful parenting con respecto al Parent Manangement Training en el manejo efectivo de la conducta de los hijos en padres de niños con problemas de comportamiento (tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Mestre, M. V., Tur, A., Samper, P., Nácher, M. J., & Cortés, M. T. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista latinoamericana de psicología*, 39(2), 211-225.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Resolución 8430 de 1993*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
- Moré, M., Bueno, C., Rodríguez, T., & Olivera, T. (2005). Lenguaje, comunicación y familia. *Humanidades Médicas*, 5(1), 0-0.
- Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2015). Maternal attachment and children's quality of life: the mediating role of self-compassion and parenting stress. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2332-2344.
- Moreno, J., & Chauta, L. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(1), 155.

- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2009). Self-Compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 561-573). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford Press.
- Neff, K. (2013). *Self-compassion Step by Step: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. Sounds True.
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78-98.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). Springer New York.
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2014). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013b). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.

- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- Nerín, N., Pérez, M., & de Dios Pérez, M.(2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- Novoa, M., Morales, A., Osorio, A., & Vargas, R. (2008). Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 27.
- Orjales, I., & Polaino, A. (2010). Programas de intervención cognitivo conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (DDAH).
- Peláez M, Field, T.; Pickens J, Hart S.(2008) Disengaged and authoritarian parenting behavior of depressed mothers with their toddlers . *Infant Behavior & Development* 31 (2008) 145–148.
- Peñate, W. (2008). Psicología clínica y psicodiagnóstico: sobre la vigencia del modelo de evaluación conductual. *Análisis y modificación de conducta*, 34(150-151).
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pichardo, M., Justicia, F., & Fernández, M. (2009). Prácticas de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento psicológico*, 6(13), 37-47.
- Pierucci, N. A., & Luna, B. K. P. (2014). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2), 215-225.

- Potter, R., Yar, K., Francis, A., & Schuster, S. (2014). Self-compassion mediates the relationship between parental criticism and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 33-43.
- Psychogiou, L., Legge, K., Parry, E., Mann, J., Nath, S., Ford, T., & Kuyken, W. (2016). Self-Compassion and Parenting in Mothers and Fathers with Depression. *Mindfulness*, 7(4), 896-908.
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista infancia, adolescencia y familia*, 1(1), 61-84.
- Richaud, M. C., Mestre, M. V., Lemos, V., Tur, A., Ghiglione, M., & Samper, P. (2013). La influencia de la cultura en los estilos parentales en contextos de vulnerabilidad social. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(2), 419-431.
- Rivière, A. (1984). Modificación de conducta en el autismo infantil. *Revista española de Pedagogía*, 283-316.
- Robles, Z. (2009). *Intervención sobre problemas de conducta de inicio temprano. Evaluación de un programa de entrenamiento para padres* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela).
- Romero, J y Hernández, A. (2012). Efecto de la psicoterapia analítica funcional en padres que presentan dificultades en el manejo del comportamiento de sus hijos. Tesis de grado para optar por el título de Magister en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia: Bogotá.
- Romero, E., & Robles, Z. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*, vol. 27, n° 1, 2011.

- Saeinia, M., Barjoe, L., & Bozorgi, Z (2016). The effect of Self-Compassion Training on the Emotion Regulation of married women who referred to counseling center. *Internarional Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2346-5926*, 2(1), 726-735.
- Skinner, B. (1975). *La conducta de los organismos: un análisis experimental*. Fontanella.
- Skinner, B. (1977). 1. Las Causas del Comportamiento. *Sobre el conductismo*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Zn1a1qaricam>.
- Skinner, B., & Ardila, R. (1977). *Sobre el conductismo*. Fontanella.
- Sliminng, E., Montes, P., Bustos, C., Hoyuelos, X., & Vio, C. (2015). Efectos de un programa combinado de técnicas de modificación conductual para la disminución de la conducta disruptiva y el aumento de la conducta prosocial en escolares chilenos. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 67-76.
- Raya, A, Pino, M., & Herruzo, J. (2012). La interacción entre padres e hijos y su relación con los problemas de conducta externalizante. *Análisis y modificación de conducta*, 38(157-158).
- Hidalgo, Faúndes, Valdivia, Bibisbus & Romero (2014). *Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en Colombia 2010-2014*. Colombia: Unicef. Recuperado de: <http://unicef.org.co/sitan/assets/pdf/sitan.pdf>
- Vite, A., Alfaro, J. N., Pérez, P., Dayanth, A., & Miranda, D. (2015). Intervención interactiva en los problemas de comportamiento infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 149-157.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159.

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.

Apéndice A

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de aceptar su participación en este estudio es importante que usted lea y entienda la siguiente explicación acerca del propósito y beneficios del estudio así como la forma en que será llevado a cabo.

Los responsables en su totalidad de las implicaciones y riesgos a los que usted pueda verse sometido(a) son Juanita González Suárez (C.C. 1.020.768.913).

Propósito del estudio

Usted participará en un estudio que pretende identificar la efectividad de un entrenamiento basado en el programa de entrenamiento en Autocompasión consciente, en las conductas parentales.

Los datos recolectados servirán para desarrollar lineamientos que ayuden a mejorar el bienestar psicológico de las personas.

Procedimiento del estudio

Inicialmente se llevará a cabo una fase de evaluación en la que usted deberá diligenciar registros semanales de su comportamiento por un período de tiempo, permitiendo así una adecuada conceptualización del caso clínico. Posteriormente, se le retroalimentará el análisis de su caso, teniendo en cuenta las principales hipótesis planteadas. La formulación de su caso permite ordenar la información obtenida en la fase de evaluación, con el fin de describir y explicar las problemáticas y elaborar un plan de intervención adecuado. Hecho esto, se iniciará la fase de intervención psicoterapéutica, en la cual se utilizarán estrategias de tipo conductual, de acuerdo con las hipótesis planteadas inicialmente.

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, si usted se negara a participar o decidiera retirarse, esto no le generará ningún problema, ni tendrá consecuencias a nivel institucional, ni académico. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento.

Riesgos de participación

No existe ningún riesgo por participar en este estudio. Las investigaciones previas han demostrado que no hay ningún peligro.

Beneficios para los participantes y para otros

Se espera que este estudio les permita a los participantes conocer aspectos de su propia conducta que les ayude a su interacción en el contexto, y que de información relevante para establecer lineamientos que les sean útiles para el manejo interpersonal y la satisfacción personal. Además en caso de requerir ayuda al respecto se les informará directamente y se informará a personas idóneas que le ayuden a manejar tales situaciones.

Confidencialidad

Toda la información que se obtenga en el estudio será confidencial y solo será usada con fines académicos. Para garantizar la confidencialidad nos aseguraremos que la identidad de las participantes permanezca anónima, mantendremos los registros en video y audio, los cuestionarios y en general cualquier registro en un sitio seguro.

Todos los participantes serán identificados por un código que será usado para referirse a cada participante. Así se guardara el secreto profesional de acuerdo con lo establecido en la Ley 1090 que rige la profesión de psicología.

La confidencialidad será también guardada en cualquier publicación o presentación que se realice para dar a conocer a la comunidad científica de los resultados de esta investigación

Derechos de los participantes

Su firma a este documento indica que usted ha leído y comprendido los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de participar en este estudio y confirma que usted:

1. Ha recibido la información de parte de Juanita González Suárez y se le ha informado acerca de los riesgos y beneficios de participar.
2. Que la decisión de retirarse no tendrá ninguna consecuencia en su permanencia en la institución, ni a nivel académico.
3. Que usted entiende sus derechos y participa de forma voluntaria en este estudio.

Nombre del participante

Firma del Participante

Documento de Identificación (C.C.):

Apéndice B

<p>Describa la situación, el comportamiento del niño. ¿Qué pasa antes? ¿En qué lugar o situación se encuentran? ¿Quiénes están ahí? ¿Alguna actividad en particular?</p>	<p>¿Qué hace usted? Describe de manera breve los comportamientos (qué piensa, qué hace, qué dice).</p>	<p>¿Qué pasa después? Describe qué sucede inmediatamente después que usted actúa. Qué hace el niño o las personas alrededor. Cómo termina la situación.</p>

Formato de autoregistro ABC

Apéndice C**Formato de registro ABC para la terapeuta**

Antecedente	Conducta	Respuesta	Contingencia

Apéndice D

Formato formulación de Caso CSP de JE

UNIVERSIDAD DE LA SABANA SEDE CHÍA/CENTRO DE SERVICIOS DE PSICOLOGÍA

Formulación de Caso

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre: JE	Edad: 64 años	Género: Masculino	Estado Civil: Casado
Escolaridad: 4º de primaria	Ocupación: Pensionado		Procedencia: Chía
Remisión: Colegio del hijo	Fecha de inicio: 29/08/2016	Fecha de finalización: 17/02/2017	
Número de sesiones: 13			

2. MOTIVO DE CONSULTA

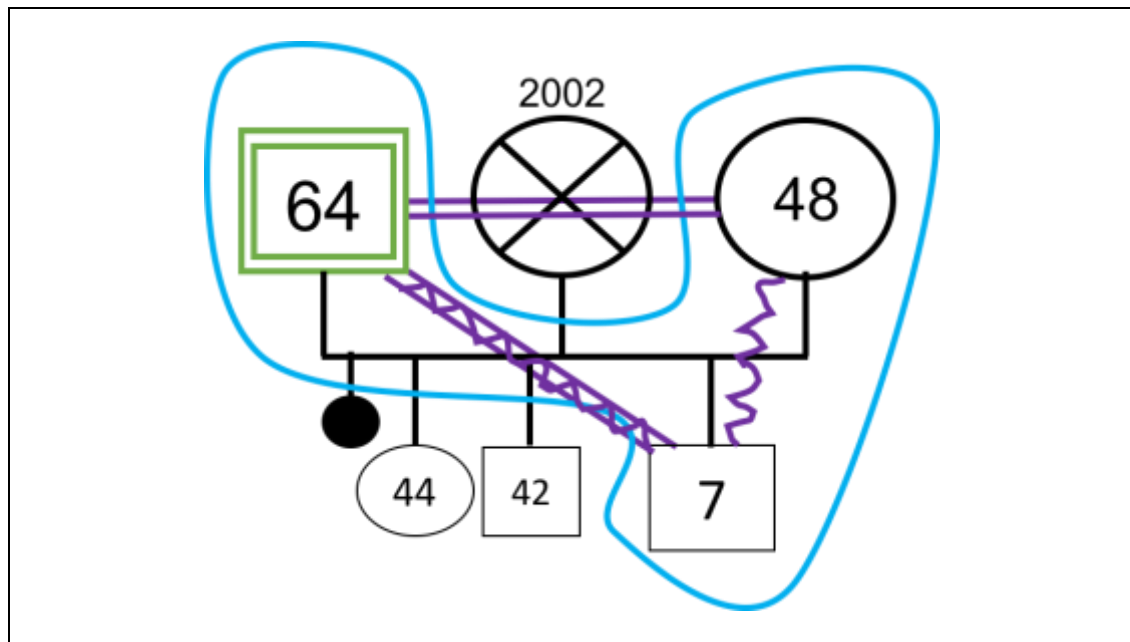
Textual: "Tenemos un problema y es que él es indisciplinado, no le pone cuidado a la clase, en ocasiones es brusco".

Descripción de Motivo de Consulta:

En JE se evidencian pautas crianza inconsistentes y uso de estrategias poco asertivas para el manejo de contingencias (golpes y amenazas especialmente); así como malestar emocional por constantes conflictos entre él y su hijo, y entre su esposa y su hijo.

El niño presenta conductas disruptivas dentro del aula de clases evidenciadas en que generalmente juega, corre alrededor del aula y deja las tareas académicas sin terminar; lo anterior ocurre con mayor frecuencia en momentos en que el profesor sale del salón; no obstante, se conoce rendimiento académico esperado y habilidades cognitivas apropiadas, por lo que la problemática parece explicarse por un componente emocional. Dentro del hogar, el niño presenta seguimiento instruccional inefectivo y Enuresis nocturna.

3. GENOGRAMA



4. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA: Sincrónico y Diacrónico

Sincrónico

Se evidencia bajo seguimiento instruccional por parte del niño, dentro del contexto familiar, el cual suele ocurrir en situaciones en que JE ejecuta órdenes que implican la realización de tareas académicas, tareas domésticas y tareas que implican autocuidado. Asociado a esto se observa ausencia de rutinas establecidas para cada una de las actividades, que podrían explicar el problema; también hay uso de estrategias poco asertivas para corregir el comportamiento del niño (golpes, gritos y amenazas) y déficit en el manejo de contingencias. El refuerzo suele darse de manera intermitente, lo que explica y mantiene el bajo seguimiento de instrucciones exhibido por el consultante. Igualmente, presenta escasos momentos de ocio compartidos con su hijo, lo que genera malestar en el niño. En JE, es posible observar problemas para identificar aspectos positivos de su hijo y tendencia a destacar aspectos negativos del niño; así como escasas expresiones de afecto. Adicionalmente, JE presenta malestar emocional asociado a constantes conflictos con su hijo, estos en su mayoría relacionados con constantes quejas por parte del colegio del niño o con situaciones de seguimiento instruccional inefectivo por parte de él. También menciona malestar emocional asociado a que su esposa vive en otra ciudad, lo que limita situaciones en las que comparten juntos; menciona situación de infelicidad de su parte, que le genera sentimientos de culpa y en ocasiones le impide la expresión afectiva hacia ella.

Diacrónico

Se evidencia historia de relación distante con sus papás, con quienes había escasa expresión afectiva y escasos momentos compartidos en familia. Adicionalmente, el consultante empezó a trabajar a los 10 años de edad, por lo que era más el tiempo que duraba en el trabajo que el que pasaba en su casa; factor que pudo influir en el establecimiento de relaciones distantes con sus papás y algunos de sus hermanos.

Adicionalmente, se evidencia historia de ingesta de alcohol que se daba con frecuencia de 7 días a la semana, generalmente con sus compañeros del trabajo, y que duró aproximadamente entre los 14 y 20 años de edad. A partir de la ingesta de alcohol, surgieron conflictos con sus papás por lo que se vio obligado a independizarse a los 19 años de edad.

5. ÁREAS DE AJUSTE PSICOLÓGICO

Familiar	Se evidencia relación positiva y cercana con su esposa, en cuanto a lazos afectivos, sin embargo distante en cuanto a espacios compartidos; lo anterior asociado a que su esposa vive en otra ciudad por necesidades laborales y económicas. Con su hijo, se evidencia relación cercana pero conflictiva debido a que se presentan constantes conflictos, relacionados con quejas por parte del colegio y seguimiento instruccional inefectivo por parte del niño; ante las quejas por parte del colegio, JE tiende a responder con castigo o físico o castigo negativo, impidiendo al niño ver televisión o jugar. En cuanto a momentos de espacios compartidos en familia, estos suelen darse los domingos en que la mamá del niño está en Chía, donde salen a almorzar los tres o visitan a la suegra de JE en Bogotá. Entre semana, la interacción entre padre e hijo, se limita a la realización de tareas académicas o domésticas. Tiene dos hijos de su matrimonio pasado con quienes mantiene una relación distante, se reúnen para las fechas especiales (año nuevo y cumpleaños) y hablan por teléfono aproximadamente una vez cada dos meses. Sin embargo los identifica como red de apoyo.
Social	Menciona un grupo de amigos que ha mantenido desde su juventud, con quienes se reúne aproximadamente dos veces al mes; los identifica como red de apoyo.
Académico/Laboral:	Actualmente, EJ es pensionado y se dedica a las labores domésticas y a su hijo menor; se identifican sentimientos de preocupación que se dan porque en algunas ocasiones el dinero de la pensión se torna escaso. Menciona sentirse satisfecho con su historia laboral que se basó en diferentes oficios como ganadería, jardinería y construcción, entre otras.
Psicológico:	Se observa en el consultante malestar emocional asociado al comportamiento de su hijo y a sus problemas para manejarlo; así como malestar asociado a los constantes conflictos entre su esposa y su hijo. Menciona deseos de establecer una relación cercana con su hijo, sin embargo esto se dificulta por reportorios inefectivos de expresión emocional por su parte.
Personal	Se identifica como una persona amable, respetuosa y caracterizada por dar un buen trato; sin embargo siente malestar porque no logra comportarse de la misma manera con su hijo. Menciona satisfacción respecto a su historia laboral

6. FORTALEZAS-FACTORES PROTECTORES

Personal	Muestra apertura hacia el aprendizaje de herramientas que favorezcan su proceso personal.
Pareja	Afecto y relación cercana a nivel emocional.
Familiar	Se muestra como un padre entregado, interesado por el desarrollo óptimo de su hijo y con deseos de establecer una relación cercana y positiva con su hijo. Muestra apertura al aprendizaje de estrategias novedosas para el manejo del comportamiento de su hijo.
Social	Se muestra como una persona amable y respetuosa, mantiene un grupo de amigos de la juventud a quienes identifica como red de apoyo.
Académico/ Laboral	Se evidencia satisfacción respecto a su historia laboral y gusto por su situación actual.
Terapéutico	JE muestra apertura hacia el proceso, asiste cumplido a las sesiones, muestra interés y realiza las tareas (autorregistros) sin dificultad.

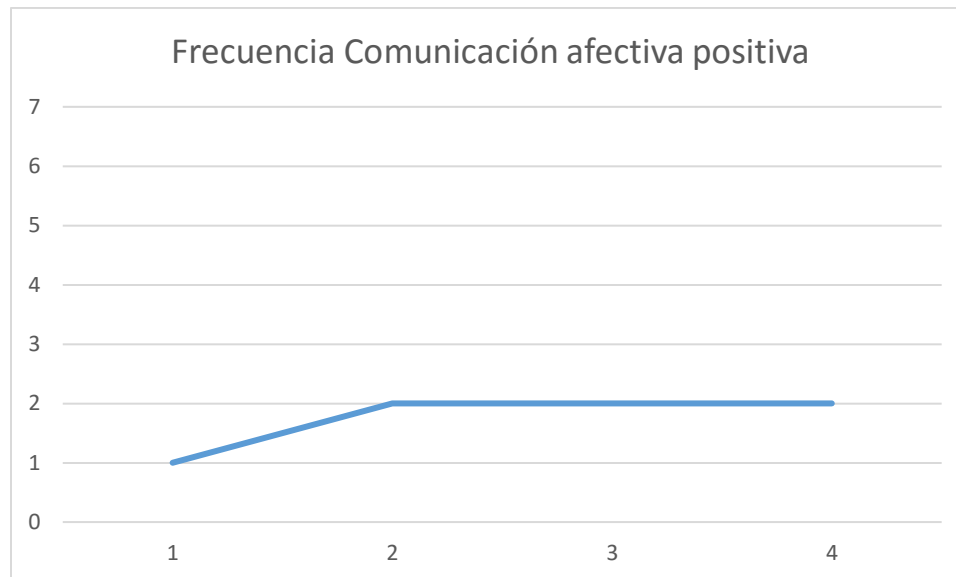
7. HIPOTESIS PRELIMINARES - REFERENTE TEORICO

Hipótesis	Referente Teórico
Repertorios de comunicación afectiva negativa relacionadas con historia de relación conflictiva con su hijo.	Las estrategias negativas de expresión emocional suelen estar relacionados con vulnerabilidad emocional y estrategias inefectivas de regulación de emociones. Su mayor implicación es que tanto el individuo como el ambiente advierten se ven afectados cuando estas surgen (Apfelbaum & Gagliosi, 2004). Estas respuestas pueden estar relacionadas con aspectos contextuales y cuando estas se dan con frecuencias, tiende a ejercer un control en las familias y dificulta el funcionamiento apropiado en el relacionamiento consigo mismo y con los demás (Barrera, Cortés, Guines, Jaime & Lopez, 2011).

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA SEGÚN CIE 10

Diagnostico Principal:
Z628- Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño.
Diagnósticos Asociados:
Z637- Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar.

9. LÍNEA DE BASE DE CONDUCTAS



10. DESCRIPCIÓN DE HERRAMIENTAS/TECNICAS O INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Entrevista conductual La entrevista en psicología además de ser una herramienta útil para la recolección de datos, es una relación humana interpersonal. Dicha relación permite que se generen vínculos significativos entre el consultante y el terapeuta, lo cuales permiten al entrevistador comprender las necesidades, motivos, procesos cognitivos y procesos afectivos del consultante (Rodríguez, 2012).

Autorregistros y registros tipo A-B-C Según Peñate (2008), el análisis funcional permite plantear una explicación lineal de la conducta (antecedente, conducta, respuesta) lo que permite una predicción de la misma. Este formato se le entrega al sujeto, con el fin de que éste registre sus propias topografías conductuales (Alquino & Pedro, 2009). Igualmente, este metodo de evaluación tiene utilidad para definir la conducta de interés, evaluar los cambios presentados durante el proceso terapéutico y facilita el análisis del impacto de la intervención (Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996; Cooper, Heron & Heward, 2007).

Cuestionario de Conducta Parental El Cuestionario de conductas parentales es un instrumento que mide cuatro prácticas parentales denominadas: Establecimiento de Reglas, Supervisión/Monitoreo, Comunicación Afectiva y Manejo de Contingencias. Se trata de una escala de tipo Likert con afirmaciones indicadoras de cada una de las conductas mencionadas. El cuestionario cuenta con cinco formatos diferentes para ser respondidos por: padres de niños entre 5 y 10 años de edad, padres de jóvenes de 15 años, niños de 10 años, jóvenes de 15 años y profesores de niños y jóvenes (Ballesteros, 2001). En esta evaluación se utilizó únicamente el formato diseñado para papás de niños entre 5 y 10 años de edad.

Escala de Autocompasión La Escala de Autocompasión es un instrumento que mide los tres componentes del constructo de Autocompasión por medio de tres subescalas (autoamabilidad, humanidad común y atención plena) que abordan

las dimensiones de la misma (autoamabilidad, autojuicio, humanidad común, aislamiento, atención plena y sobreidentificación). Consiste en un Autorreporte tipo Likert que consta de 26 ítems que cuenta con afirmaciones para cada dimensión, las cuales el participante puntúa en una escale entre 1 y 5 (Neff, 2003).

11. ANÁLISIS FUNCIONAL

Antecedente	Conducta	Consecuencia	Contingencia
Hijo incumple órdenes de realizar una tarea académica	Verbaliza "¿No me entiende?¿No me escucha?"	El niño realiza contacto visual y continúa jugando	R-
El niño realiza contacto visual y continúa jugando	-Amenaza al niño con castigarlo -Grita la orden de realizar tarea académica	Cumple la orden	R+
Hijo llega del colegio directo a la habitación y se muestra incomodo (evita contacto visual)	Verbaliza "muéstreme los cuadernos"	Niño evita el contacto visual y evita mostrar los cuadernos	R-
Niño evita el contacto visual y evita mostrar los cuadernos.	Saca los cuadernos y encuentra malas calificaciones en ellos.	Niño evita contacto visual y mantiene la cabeza hacia abajo.	R-
Niño evita contacto visual y mantiene la cabeza hacia abajo.	Verbaliza "Le voy a pegar, volteese, por qué no puede hacer las cosas bien" Lo golpea tres veces con un cinturón	Niño llora, pide perdón y promete no volver a traer malas calificaciones.	R+

12. UNIDAD DE ANÁLISIS

Se evidencia repertorio conductual de comunicación negativa, caracterizados por agresión verbal, amenazas, mantener una expresión facial seria, gritos y golpes, que surgen en situaciones en las que su hijo trae malas calificaciones del colegio, incumple órdenes de realizar tareas académicas o laborales. Se evidencia doble funcionalidad de atención y escape en la conducta, porque en ocasiones consigue atención por parte de su hijo y en otras consigue escapar de la situación.

13. HIPOTESIS DE TRABAJO

Hipótesis	Referente Teórico
-----------	-------------------

<p>Hipótesis de Predisposición:</p> <p>Historia de contexto familiar invalidante.</p>	<p>Un ambiente familiar invalidante es aquel que responde inapropiadamente a la experiencia privada del individuo y que tiende a ser insensible a estas. Un ambiente invalidante favorece las respuestas emocionales explosivas o poco asertivas puesto que enseña al individuo a invalidar sus propias emociones y fracasa al enseñarle a tolerar el malestar, a ponerles nombre y modularlas, y a confiar en estas como interpretaciones válidas de los eventos (Linehan, 2003).</p>
<p>Hipótesis de Adquisición:</p> <p>Conducta aprendida por modelamiento debido a que en su historia sus padres configuraron relaciones con ausencia de comunicación afectiva.</p>	<p>En el aprendizaje por observación no es necesario realizar la conducta para aprenderla, es suficiente con observarla. El proceso mediante el cual se produce este tipo de observación es (a) el sujeto observa una conducta de un modelo (b) el cual recibe un refuerzo directo hacia esa conducta y entonces (c) el sujeto aprende la conducta que es reforzada de manera vicaria, a través del modelo (Martínez, 2010).</p>
<p>Hipótesis de Mantenimiento:</p> <p>Repertorios de comunicación afectiva negativa con doble función de atención (reforzados positivamente) y escape (reforzados negativamente).</p>	<p>En ocasiones la conducta problema conduce a diferentes consecuencias que son de utilidad para los niños. Se han realizado estudios en los que se ha comprobado que la función de las conductas problema es atención puesto que estas se elevan cuando los adultos prestan poca atención a los niños, se reducen cuando les prestan más atención y se modifican enseñando otras conductas que cumplen la misma función (Kazdin, 2009).</p> <p>Las conductas de escape, son aquellas que eliminan estímulos aversivos que ya están presentes, generalmente son producidas por reforzadores negativos. Los reforzadores negativos, son estímulos que al ser eliminados o retirados después de que aparezca una conducta operante generan un aumento en la frecuencia de ejecución de esa conducta, sin necesidad de condicionamiento previo. Entonces, la conducta con función de escape se ve reforzada negativamente cuando la persona al emitirla consigue huir o retirarse de un estímulo aversivo (Sacristán & Pérez, 1982).</p>

14. HIPOTESIS EXPLICATIVA

Conducta de comunicación afectiva negativa relacionada con historia de relación conflictiva con su hijos. Se evidencia una historia familiar de contexto invalidante que pud haber predispueto la aparición de la conducta, el establecimiento de una relación conflictiva con su hijo. De la mano de lo anterior, la conducta fue aprendida por observación debido a que en su pasado, JE observó un establecimiento de relaciones dictantes y conflictivas con sus padres, así como el uso de agresión verbal a la hora de corregir el comportamiento. El repertorio conductual se caracteriza por conductas de agresión verbal, amenazas, mantener una expresión facial seria, gritos y golpes, que surgen en situaciones en las que su hijo trae malas calificaciones del colegio o incumple órdenes de realizar tareas académicas o laborales. Las conductas presentan doble función de atención y escape, las cuales son reforzadas positiva y negativamente (respectivamente) por su hijo.

15. PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Indicadores
Realizar retroalimentación del proceso de evaluación	-Entrevista conductual.	- No aplica
Realizar introducción al concepto de Autocompasión y enseñar el significado de la misma. Introducir práctica de Mindfulness.	-Presentación power point. -Ejercicio Descanso Autocompasivo. -Ejercicio respiración cariñosa.	-Incremento en repertorios autocompasivos
Realizar introducción al concepto de Bondad amorosa y realizar moldeamiento de conversaciones internas del consultante para transformarlas en motivadoras.	-Ejercicio lenguaje autocompasivo. -Ejercicio encontrando mi voz autocompasiva. -Ejercicio respirando autocompasión.	-Incremento en repertorios autocompasivos
Brindar herramientas para el manejo de emociones .	-Ejercicio nombrando emociones. -Ejercicio suavizar, calmar y permitir.	-Disminución en conductas explosivas e irritables.
Brindar herramientas para transformar relaciones personales por medio de la Autocompasión	-Ejercicio perdonarse a sí mismo.	-Disminución en conflictos dentro de las relaciones parental y de pareja.
Realizar retroalimentación y cierre del proceso terapéutico.	-Entrevista conductual	-No aplica.

16. OBJETIVOS ALCANZADOS

-Se alcanzaron todos los objetivos planteados en el plan de intervención

17. SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES

-Realizar intervención en pautas de crianza, haciendo énfasis en el establecimiento de reglas y el manejo de contingencias.

Nombre del Psicólogo Profesional
Psicóloga Clínica
C.C.
RP:

Juanita González Suárez
Psicóloga en Formación
C.C. 1020768913

Referencias

Ballesteros, B. (2001). Conductas parentales prevalentes en familias de estratos 1 y 2 de Bogotá. *Suma psicológica*, 8(1), 95-142.

Rodríguez, L. (2012). Teoría y técnica de la entrevista. Estado de México: Tercer Milenio.

Apfelbaum, S., & Gagliesi, P. (2004). El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, 15(58), 295-302.

Aquilino, P. L., & Pedro, M. C. (2009). Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia.

Esparza, N., & Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas*, 5(1).

Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follete, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152 – 1168.

Cooper, J., Heron, T. & Heward, W. (2007). *Applied behavior analysis* (2a ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.

Nerín, N., Pérez, M., & de Dios Pérez, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.

Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.

Martínez, L. (2010). *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones: implicaciones para la enseñanza en la educación secundaria*. Editorial Club Universitario.

Navas, D. (2013). *Desarrollo cognitivo, sensorial, motor y psicomotor*

Apéndice E

Cuestionario de Conductas Parentales (Ballesteros, 2001)



CENTRO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PARENTALES

Nombre quien lo diligencia _____

Familiaridad con el Niño: _____

Nombre del Niño(a). _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará unas frases sobre diferentes aspectos de la crianza de los hijos. Por favor lea atentamente cada afirmación y califique que de 1 a 4 su respuesta de acuerdo con sus propias costumbres respecto de su hijo(a) que se encuentre entre los 2 a los 11 años. Tenga en cuenta la siguiente escala.

- 1= Nunca
2 = Pocas veces
3= Muchas veces
4= Siempre

ACERCA DE SUS CONDUCTAS COMO PADRE O MADRE, Usted.....				
1. Le tiene un horario fijo a su hijo(a) para acostarse	1	2	3	4
2. Le tiene a su hijo(a) un horario fijo para las tareas	1	2	3	4
3. Supervisa los programas de televisión que ve su hijo(a)	1	2	3	4
4. Tiene que recordarle a su hijo(a) lo que tiene que hacer.	1	2	3	4
5. Felicita a su hijo(a) cuando se porta bien.	1	2	3	4
6. Pone de ejemplo a su hijo(a) para otros niños.	1	2	3	4
7. Le explica a su hijo(a) que castigo le dará y porque razón	1	2	3	4
8. A menaza a su hijo(a) con castigos para que se porte bien	1	2	3	4
9. Le dice a su hijo que es una persona valiosa para usted.	1	2	3	4
10. Toma las decisiones sobre lo que su hijo(a) debe hacer.	1	2	3	4
11. Vigila constantemente a su hijo(a).	1	2	3	4
12. Premia a su hijo(a) cuando se porta bien.	1	2	3	4
13. Castiga físicamente (golpes, palmadas) a su hijo(a).	1	2	3	4
14. Dedicar tiempo para jugar con su hijo(a).	1	2	3	4
15. Consiente o mimar a su hijo(a) después de haberlo castigado.	1	2	3	4
16. Permite que su hijo(a) le tire cosas o le pegue	1	2	3	4
17. Le quita a su hijo(a) algo que le gusta como forma de castigo.	1	2	3	4
18. Se contradice en las normas que le pone a su hijo(a).	1	2	3	4
19. Permite que su hijo(a) decida sobre hacer o no las tareas escolares.	1	2	3	4
20. Le expresa cariño a su hijo(a) con palabras o acciones	1	2	3	4
21. Cumple las amenazas que le hace a su hijo (a)	1	2	3	4
22. Deja de hablarle a su hijo (a) cuando está disgustado con el (ella)	1	2	3	4
ACERCA DE LAS CONDUCTAS DE SU HIJO(A):				
23. Obedece las órdenes que usted le da	1	2	3	4
24. Lo imita a usted en muchas cosas.	1	2	3	4
25. Muestra alegría cuando su pareja llega a la casa.	1	2	3	4
26. Es grosero(a) con usted cuando el/ella está de mal genio.	1	2	3	4
27. Le contesta mal cuando usted lo/la regaña,	1	2	3	4
28. Le muestra cariño a usted (le dice que lo quiere, lo consiente, etc.)	1	2	3	4
29. Conoce bien las normas sobre el comportamiento.	1	2	3	4
30. Permanece mucho tiempo solo(a).	1	2	3	4
31. Le cuenta sobre el comportamiento.	1	2	3	4
32. Le dice mentiras sobre lo que ha hecho	1	2	3	4
33. Colabora con agrado en las labores domésticas.	1	2	3	4
34. Exige poder tomar sus propias decisiones.	1	2	3	4
35. Se queja de falta de atención por su parte.	1	2	3	4

Apéndice F**Escala de Autocompasión (Neff, 2003)**

Nombre: _____ Fecha: _____

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar. A la izquierda de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:

Casi Nunca				Casi Siempre
1	2	3	4	5

- _____ 1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.
- _____ 2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.
- _____ 3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir.
- _____ 4. Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.
- _____ 5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.
- _____ 6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.
- _____ 7. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.
- _____ 8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.
- _____ 9. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.
- _____ 10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.

- _____ 11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.
- _____ 12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.
- _____ 13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.
- _____ 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.
- _____ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.
- _____ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.
- _____ 17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.
- _____ 18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.
- _____ 19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- _____ 20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.
- _____ 21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- _____ 22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.
- _____ 23. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.
- _____ 24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.
- _____ 25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.
- _____ 26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

Versión adaptada al Español de la Self-Compassion Scale (García- Campayo, Navarro-Gil., Andrés, Montero Marín. López & Piva, 2014). Tomado de: Flórez, B. (2016). Efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso con énfasis en Autocompasión sobre Flexibilidad Psicológica y Autocompasión en jóvenes universitarios (tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.

Apéndice G

Entrevista conductual semiestructurada

Preguntas para indagar el problema

- ¿Cómo es la dinámica familiar?
- ¿Qué hacen usted y su hijo cuando no están haciendo tareas?
- ¿En algún momento juegan o hacen actividades diferentes a las tareas del colegio y las labores de la casa?
- ¿usted le dice a su hijo que lo quiere? ¿le dice que es importante para usted?
- ¿Le hace saber cuándo hace las cosas bien?
- ¿En algún momento abraza a su hijo?
- ¿Su hijo lo expresa que lo quiere? Si sí ¿Qué hace usted, qué le dice, cómo responde?

Preguntas para realizar el análisis funcional

- ¿En qué situaciones surgen los conflictos entre su hijo y usted?
- ¿Cómo responde usted?
- ¿Qué hace el niño?
- ¿El comportamiento inadecuado de su hijo se da únicamente dentro del hogar?
- ¿El comportamiento inadecuado se da únicamente con usted o también con otros adultos?
- ¿Qué hace usted para manejar el comportamiento del niño?
- ¿Hay alguna situación en la que el niño responda a sus órdenes más rápido?

Preguntas para indagar historia

- ¿Cómo era su relación con sus padres?
- ¿Cómo era su relación con sus hermanos?
- ¿Cómo fue su relación con su otra esposa?
- ¿Cómo fue su relación con sus hijos mayores?
- ¿Cómo describiría su vida laboral, social, familiar en el pasado?
- ¿Cómo fue para usted el enterarse que iba a ser papá nuevamente?
- ¿Ha sido su relación con su hijo pequeña conflictiva desde el inicio?