



**Aplicación de la terapia centrada en la compasión en
adolescentes infractores**

Applying Compassion-Focused Therapy in adolescent offenders

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD, PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA.

Mario Rigoberto Dávila Gómez

Directora
Flor Zaldívar Basurto

Codirector
Juan García García

Facultad de Psicología/Centro de Investigación en Salud UAL

Almería, Enero 2023.

A mi familia de origen, con el amor entrañable de un hijo a sus padres Segundo (+) y Rosa. A mis hermanos Gonzalo, Jorge (+) y Janet.

A mi familia propia, por la paciencia, comprensión y cariño que siempre he recibido de mi esposa Ruth y mis tres hijos Jorge, Roberto y Mario.

Agradecimientos

En primer lugar, a la profesora Dra. Flor Zaldívar Basurto, directora de la presente tesis doctoral, por su paciencia, tiempo y dedicación. No han sido pocas las veces que ha tenido que leer, releer y volver a leer los numerosos borradores de la tesis que con el tiempo han ido sucediéndose. Su apoyo y capacidad para guiar el trabajo han sido claves para que finalmente el proyecto inicial se materialice en el presente documento.

Quiero agradecer también al profesor Dr. Juan García García, codirector de la presente tesis doctoral, todo el apoyo que me ha brindado, su dedicación para orientar el trabajo y el tiempo dedicado a las consultas planteadas, que como en el caso anterior, no han sido pocas ni fáciles.

Agradecer también a los funcionarios de los centros de adolescentes infractores y docentes de los colegios en los que he puesto en práctica la intervención y, de manera particular, a aquellas personas que han colaborado para mejorar la guía de intervención que se presentará en los anexos de la tesis.

Por último, y muy especialmente, quisiera mostrar mi agradecimiento a los menores que han participado en el último trabajo de la tesis.

Los menores infractores son un reclamo del amor

(Anónimo)

Resumen.....	15
Abstract	17
Estructura de la tesis.....	19
Introducción	21
A. PRIMERA PARTE. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	25
CAPÍTULO 1. SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL.....	26
Introducción.....	27
1.2 Marco jurídico.....	28
1.2.1 Marco internacional.....	28
1.2.1.1 Convención sobre los derechos del niño (CDN).....	29
La no discriminación.....	30
El interés superior del niño.....	30
El derecho a la vida, la supervivencia y de desarrollo.....	35
La participación infantil.....	36
1.2.1.2 Reglas de Beijing.....	36
1.2.1.3 Directrices de Riad.....	37
1.2.1.4 Reglas para la protección de los menores privados de libertad.....	38
1.2.1.5 Reglas de Tokio, 1990.....	39
1.2.2 Marco nacional.....	39
1.2.2.1 El Código de la Niñez y Adolescencia (CNA).	39
1.2.3 Sistema de justicia juvenil en el Ecuador	41
1.2.3.1 Imputabilidad e inimputabilidad en Ecuador.	42
1.2.3.2 Centros de internamiento de adolescentes infractores.....	42
1.2.3.3 Modelo de atención integral (MAI) para restablecimiento de derechos	43
Fase Uno: análisis y conocimiento de la situación del adolescente.....	44

Fase Dos: Subproceso de investigación inicial/ análisis de la demanda.....	45
Subproceso Plan Individualizado de Aplicación de la Medida- PIAM.....	47
Subproceso de acompañamiento al adolescente.....	47
Plan global de la familia (PGF).	47
Subproceso de acompañamiento a la familia.	48
Fase Tres: Aprestamiento para la salida.....	48
Fase Cuatro: Post internamiento	49
1.2.3.4 Características de los adolescentes infractores en Ecuador.....	49
1.2.3.5 Reincidencia delictiva.....	53
1.3. Síntesis y conclusiones.	56
CAPÍTULO 2 MODELOS DE INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES	
INFRACTORES.....	59
Introducción.....	60
2.2. Tipos de intervención.	61
2.2.1. Modelo Socioeducativo.....	61
2.2.2. Modelo Psicoeducativo.....	62
2.2.3 El Modelo Cognitivo-conductual.....	63
2.2.4 Modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR).....	65
2.2.5. Modelo Multisistémico.....	67
2.3. Justificación de la aplicación de la Terapia centrada en la compasión	69
2.4. Síntesis y conclusiones.	73
CAPÍTULO 3. LA TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN.....	75
Introducción.....	76
3.1. Conceptos fundamentales.....	78
3.1.1. Concepto de compasión.	78

3.1.2. Bases de la Terapia centrada en la compasión.	81
3.1.3. Mente amenazante y Mente compasiva.....	83
3.1.4. Vergüenza y culpa.	85
3.2. Mecanismos de acción de la compasión.....	90
3.2.1. Sistema de inmovilización.....	90
3.2.2. Sistema de movilización:	91
3.2.3. Sistema de conexión social:	91
3.3. Sistemas de Regulación emocional.	93
3.3.1. El sistema de amenaza y autoprotección:	95
3.3.2. Sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos:	95
3.3.3. El sistema de satisfacción, calma y seguridad.....	96
3.4. Protocolos de terapia de la compasión.	98
3.4.1. Protocolo de Entrenamiento en compasión de base cognitiva.....	98
3.4.2. Entrenamiento en el cultivo de la compasión	99
3.4.3. Protocolo de Mindfulness y autocompasión	100
3.4.4. Terapia centrada en la compasión.....	101
3.4.5. Terapia de compasión basada en los estilos de apego.....	104
3.5. Síntesis y conclusiones.....	106
B. SEGUNDA PARTE. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.	108
CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO GENERAL.	109
CAPÍTULO 5. ESTUDIO 1: AUTOCOMPASIÓN Y PREDICTORES DE	
CONDUCTA DELICTIVA EN ADOLESCENTES INFRACTORES.....	111
5.1. Resumen.....	112
5.2. Introducción.....	112
5.3. Método.....	116

5.3.1. Participantes.....	116
5.3.2 Variables e instrumentos.....	116
5.3.3 Procedimiento.....	119
5.3.4 Diseño y Análisis de datos.....	119
5.4. Resultados.....	119
5.5. Conclusión y Discusión.....	123
CAPITULO 6. ESTUDIO 2: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN EN ADOLESCENTES INFRACTORES.....	126
6.1. Objetivo general.	127
6.2. Método.....	127
6.2.1. Participantes.	127
6.2.2. Variables e instrumentos.....	127
6.2.3. Procedimiento.....	128
6.2.4. Diseño y Análisis de datos	132
6.3. Resultados.....	132
6.4. Conclusión y Discusión.	133
CAPITULO 7. ESTUDIO 3: APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO CFT.....	135
7.1. Objetivo general.	136
7.2. Objetivos específicos.	136
7.3. Hipótesis.	138
7.4. Método.....	138
7.4.1. Participantes.	138
7.4.2. Variables e instrumentos.....	140

7.4.3. Procedimiento.....	143
7.4.4. Diseño y Análisis de datos	144
7.5. Resultados.....	145
7.6. Conclusión y Discusión.	158
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN GENERAL.....	164
8.1. Autocompasión y predictores de conducta delictiva.....	165
8.2. Elaboración de un programa de intervención desde la CFT.....	167
8.3. Aplicación y evaluación del protocolo de CFT.	168
8.4. Limitaciones de los trabajos.	172
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES FINALES.....	174
REFERENCIAS.....	179
Anexos.....	219
Anexo 1. Cuestionario para evaluar el Protocolo de intervención.....	220
Anexo 2. Protocolo de intervención de la terapia centrada en la compasión.....	221
Anexo 3. Consentimiento informado.....	289

Índice de Tablas

Tabla 1. Países y edades para intervención jurídica en América.....	32
Tabla 2. Países y edades para intervención jurídica en Europa.....	33
Tabla 3. Diferencias entre vergüenza externa e interna según diversos autores.....	88
Tabla 4. Protocolo de Terapia de compasión basada en los estilos de apego.....	105
Tabla 5. Media, desviación típica, mínimo y máximo de los instrumentos incluidos en el estudio.....	120
Tabla 6. Perfiles de la Escala Delictiva en adolescentes infractores.....	120
Tabla 7. Coeficientes de Correlación entre los instrumentos incluidos en el estudio...	121
Tabla 8. Coeficientes de regresión para la autocompasión.....	122
Tabla 9. Coeficientes de Correlación entre las subescalas de SCS y autocontrol.....	122
Tabla 10. Referencias de los trabajos seleccionados para la confección del Protocolo de Intervención.....	130
Tabla 11. Formulaciones CFT que derivan en la selección de sesiones en el Protocolo.	131
Tabla 12. Respuestas dadas por los profesionales consultados.....	133
Tabla 13. Frecuencia y porcentajes de adolescentes según curso de educación	139
Tabla 14. Frecuencia y Porcentaje de Adolescentes según tipo de Delito cometido....	139
Tabla 15. Diseño de Investigación.....	145
Tabla 16. Comparación de los grupos en función del momento y el tipo de intervención: CD.....	146
Tabla 17. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: CD.....	147
Tabla 18. Comparación de los grupos en función del momento y el tipo de intervención: SCS.....	149
Tabla 19. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: SCS.....	150
Tabla 20. Estructura global del proceso de intervención.....	227

Tabla 21. Sesiones del proceso de intervención.....	228
Tabla 22. Objetivos generales de cada fase del Protocolo de Intervención.....	229

Índice de Figuras

Figura 1. Penalidad Máxima en Países Latinoamericanos.....	34
Figura 2. Capacidad de los Centros de Adolescentes Infractores en el Ecuador.....	43
Figura 3. Edad de los adolescentes internos.....	50
Figura 4. Adolescentes extranjeros internos por CAI-Ecuador.....	51
Figura 5. Sistemas de Regulación Emocional.....	94
Figura 6. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: CD.....	148
Figura 7. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: SCS.....	151
Figura 8. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Compasión.....	152
Figura 9. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Miedo a la compasión.....	153
Figura 10. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Motivación.....	154
Figura 11. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Autocontrol.....	155
Figura 12. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Empatía.	156
Figura 13. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Agresividad.....	157
Figura 14. Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Depresión.....	158

Abreviaturas utilizadas

AI: Adolescente infractor.

CA: Conducta antisocial.

CAI: Centro de adolescentes infractores.

CAI-G: Centro de adolescentes infractores de Guayaquil.

CAI-M: Centro de adolescentes infractores de Machala.

CBCT: Entrenamiento en compasión de base cognitiva

CBT: Terapia cognitivo conductual.

CCT: Protocolo de Entrenamiento en el cultivo de la compasión.

CD: Conducta delictiva.

CFT: Terapia centrada en la compasión.

MAI: Modelo de atención integral.

MSC: Atención plena y Autocompasión.

NA: Núcleo ambiguo.

NDV: Núcleo motor dorsal del vago.

SN: Sistema nervioso.

SNA: Sistema nervioso autónomo.

SCS: Escala de Autocompasión

TCBEA: Protocolo de Terapia de compasión basada en los estilos de apego.

Resumen

La presente tesis doctoral ofrece los resultados de la aplicación de la intervención realizada sobre las bases de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) en adolescentes infractores. El objetivo que plantea este trabajo se dirige a analizar si la aplicación de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) produce una mejora en algunas de las variables delictivas (conducta delictiva), compasivas (autocompasión, compasión hacia los demás y miedo a la expresión de la compasión por los otros) y de riesgo (motivación, autocontrol, empatía, agresividad y depresión) estudiadas.

En una primera parte se examinaron las regulaciones jurídicas establecidas para el trabajo con adolescentes infractores en los sistemas de rehabilitación de menores y se han descrito los principales modelos de intervención y finalmente las bases teóricas de la terapia centrada en la compasión.

En la parte práctica, para dar respuesta a las cuestiones planteadas se desarrollaron tres trabajos. Un estudio para determinar si la autocompasión se puede considerar un predictor de conducta delictiva en adolescentes infractores, el diseño de un programa de intervención, tomando como base el modelo de la terapia centrada en la compasión de Gilbert. Y la aplicación del protocolo de la terapia centrada en la compasión en 18 adolescentes infractores.

En relación a los resultados del primer trabajo, se concluye que la autocompasión está relacionada con el autocontrol ($r = .30$, $p < .05$) y la empatía ($r = .28$, $p < .05$) considerados factores predictivos del delito en los adolescentes infractores investigados.

En relación a los resultados de los restantes trabajos (diseño, implementación y valoración de resultados de la aplicación de la CFT en adolescentes infractores se concluye que reduce la conducta delictiva ($F = 10.421$, $p = .01$, $\eta^2_p = 0.29$) y eleva la autocompasión ($F = 4.631$, $p = .01$, $\eta^2_p = 0.15$). Además, los resultados muestran que en todas las variables investigadas, los

puntajes en los 3 grupos después de la intervención, estaban liderados convenientemente por el grupo que recibió la terapia centrada en la compasión (G1), excepto conducta delictiva y depresión liderados por G3.

Estos resultados nos llevan a plantear que la Terapia Centrada en la Compasión puede ser una terapia prometedora para poder ser implementada en los sistemas de rehabilitación de menores infractores. No obstante, se requiere de mayor investigación que avale su eficacia.

Palabras clave: conducta delictiva, compasión, autocompasión, terapia centrada en la compasión, adolescentes infractores.

Abstract

This doctoral thesis offers the results of the application of the intervention carried out on the bases of Compassion-Focused Therapy (CFT) in adolescent offenders. The objective of this work is to analyze whether the application of Compassion Focused Therapy (CFT) produces an improvement in some of the criminal variables (criminal behavior), compassionate variables (self-compassion, compassion towards others and fear of expressing compassion for others) and risk (motivation, self-control, empathy, aggressiveness and depression) studied.

In a first phase, the legal regulations established for working with adolescent offenders in juvenile rehabilitation systems were examined, then the intervention models and, finally, the theoretical bases of compassion-focused therapy, all through a systematic review.

In the practical part, to respond to the questions raised, three works were developed. A study to determine whether self-compassion can be considered a predictor of delinquent behavior in adolescent offenders, the design of an intervention program based on Gilbert's compassion-focused therapy model and the application of the compassion-focused therapy protocol in compassion in 18 adolescent offenders

In relation to the results of the first study, it is concluded that self-compassion is related to self-control ($r = .30, p < .05$) and empathy ($r = .28, p < .05$) considered predictive factors of crime in the adolescent offenders investigated.

In relation to the results of the remaining works (design, implementation and evaluation of the results of the application of the CFT in adolescent offenders, it is concluded that it reduces criminal behavior ($F = 10.421, p = .01, \eta^2p = 0.29$) and increases the self-compassion ($F = 4.631, p = .01, \eta^2p = 0.15$) In addition, the results show that in all the variables investigated, the scores in the 3 groups after the intervention were conveniently led by the group that received the focused therapy in compassion (G1), except criminal behavior and depression led

by G3.

These results lead us to suggest that Compassion-Focused Therapy may be a promising therapy to be implemented in rehabilitation systems for adolescent offenders. However, further research is required to support its effectiveness.

Keywords: criminal behavior, compassion, self-compassion, compassion-focused therapy, adolescent offenders.

Estructura de la tesis

La tesis consta de 9 capítulos. Los cuatro primeros corresponden a la parte teórica y los cinco restantes corresponden a la parte empírica.

En el primer capítulo se presenta un análisis de los diferentes aspectos jurídicos, conceptuales y estadísticos relativos al sistema de justicia juvenil.

El segundo capítulo hace referencia al adolescente infractor y las distintas formas de intervención. Son cinco modelos analizados en este apartado: el Socioeducativo; modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR), modelo Multisistémico (MST), modelo Psicoeducativo y el modelo Cognitivo Conductual. Por último, de forma breve se expone la terapia Centrada en la Compasión (CFT).

La terapia centrada en la compasión será la base del capítulo tres. Se detallan los conceptos fundamentales, los mecanismos de acción, así como los sistemas de regulación emocional. Culminando este capítulo se exponen los distintos protocolos de la CFT y su eficacia.

La segunda parte de la tesis comienza con el capítulo 4. Este capítulo contiene al planteamiento general indicando aspectos claves en la conducta delictiva con menores en riesgo. De forma breve presenta los capítulos posteriores (el 5, 6, 7 y 8). En esta segunda parte, dedicada a la investigación empírica, se presentarán tres trabajos por capítulos:

En el capítulo 5 se presenta el primer estudio que tiene como objetivo establecer si la Autocompasión es un predictor de conducta antisocial en Adolescentes infractores.

El segundo trabajo se desarrolla en el capítulo 6 y consiste en el desarrollo de un protocolo de intervención desde la CFT adaptado para adolescentes infractores ecuatorianos.

El último trabajo, corresponde al capítulo 7 y tercer estudio que corresponde a la evaluación del protocolo de CFT desarrollado en adolescentes infractores ecuatorianos. El objetivo se

orienta a realizar una implementación experimental del protocolo en un Centro de Adolescentes Infractores y comparar los efectos de la aplicación de la CFT con dos grupos: un grupo que contenga AI que reciben psicoterapia tradicional, y el segundo compuesto por adolescentes no infractores que no reciben ninguna intervención.

La tesis se cerrará con una discusión general en el capítulo 8 y con un último capítulo dedicado a las conclusiones que se derivan de la presente investigación.

Introducción

Si los estudios acerca de la adolescencia han sido amplios, el conocimiento e intervención sobre la delincuencia juvenil se ha convertido en un desafío urgente, y no se trata de un estigma exclusivo de una nación o continente (Quiñonez, 2008), puesto que a nivel mundial en situaciones de privación de libertad se pueden encontrar alrededor de 1.5 millones de niños (United Nations, 2019). En tanto, en el contexto ecuatoriano, los adolescentes privados de su libertad entre diciembre del 2007 a julio del 2008 fueron 4.798, para el año 2009 fueron 5.324 (Velasco et al., 2014), en el año 2012 se registraron 10.198 y el año 2013 los adolescentes privados de su libertad fueron 9.122. Según diario El Universo (2019), para el mes de agosto, en los 11 centros de adolescentes infractores del país, 1.000 adolescentes cumplían medidas socioeducativas por infracciones a la ley (65% con privación de libertad y 35% con medidas no privativas de libertad). Sin embargo, para el organismo estatal responsable del Sistema de rehabilitación de menores en Ecuador (SNAI) para el 2022 el promedio mensual de AI con medidas socioeducativa de enero a julio es 399 (SNAI, 2022).

Su incremento constante constituye una amenaza potencial para el desarrollo individual, social y económico de un país (Gaeta & Galvanovskis, 2011; Garaigordobil & Maganto, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2003). Por ello, si existe una época en la que se debe investigar e intervenir es en la adolescencia, por cuanto en este período se incrementa de forma considerable la conducta antisocial y delictiva (Lahey et al., 2000; Raskin et al., 2001).

En este contexto, los AI (adolescentes infractores, privados de su libertad) deben ser sometidos a procesos de rehabilitación que promuevan su integración social. La propuesta de intervención en AI generalmente ha sido la aplicación de la terapia Cognitivo Conductual y ésta, además, es la que cuenta con los mejores resultados en cuanto a su eficacia (Andrews y Bonta, 2010; Koehler et al., 2013; Lipsey, 2009; MacKenzie y Farrington, 2015). Según refiere

Dionne & Zambrano (2008) “el método de intervención común en todas las unidades experimentales es el método psicoeducativo, que se complementó con un modelo de intervención cognitiva, ya sea cognitiva conductual o cognitivo constructivista” (p. 61); que ha provocado el apareamiento de técnicas de tratamiento efectivas en muchos programas de rehabilitación de delincuentes, tal y como indica Redondo (2008a). También, aunque de forma más excepcional, se encuentra la utilización de algunas intervenciones psicoanalíticas que consideran que el acto delictivo, particularmente los crímenes, se producen por la presencia de un sentimiento de culpabilidad muy elevado (Barra, 2007). Según los resultados de un meta análisis realizado por Redondo, Martínez y Pueyo (2012), el nivel de reincidencia de los menores varía en función del tipo de intervención y el modelo teórico seguido, que son las características principales que influyen en los resultados de la eficacia de los programas de tratamiento. Así y tal como ya se ha comentado los programas que han obtenido mejores resultados son los siguientes: los conductuales y cognitivo conductuales (con un tamaño de efecto de $r = 0.12$), con los cuales también se vincula la categoría de entrenamientos en habilidades de vida ($r = 0.18$); las comunidades terapéuticas con sistemas de organización estructurados ($r = 0.12$); y los programas de derivación de jóvenes a la comunidad ($r = 0.15$).

En relación a la conducta infractora, tradicionalmente los aspectos cognitivos han destacado en la pretensión de explicar la configuración de la acción delictiva. El planteamiento es que estos jóvenes no actúan bajo las normas y códigos ético-morales impuestos por la sociedad, entendiéndose así la moral como deficiente o precaria. Este mecanismo se ha venido a denominar “desconexión moral” (Gómez & Narváez, 2019) y permitiría al joven infractor inhibir procesos regulatorios a nivel cognitivo y emocional relacionados con la autoevaluación negativa de los actos o comportamientos violentos, agresivos o delincuenciales, evitando así la culpa, la vergüenza y la autocensura.

La terapia centrada en la compasión (CFT) con una base de evidencia de su eficacia en

expansión (Leaviss & Uttley, 2015), aunque en otros contextos de salud mental, se puede convertir también en un enfoque fundamental en el campo de la intervención en delincuencia juvenil. La CFT se desarrolló para personas que tienen problemas de salud mental, principalmente vinculados a niveles elevados de vergüenza y autocrítica, que potencializan factores de riesgo de la conducta suicida y autolesiones. Estas ideas es lo que ha llevado a plantear que probablemente el reducir la vergüenza, la crítica o desaprobación, de una forma adaptativa, en aquellos adolescentes que lo requieran, puede resultar beneficioso y reduzca los niveles de agresividad, que se considera un rasgo generalizado en la personalidad de los adolescentes infractores o pueda reducir la conducta delictiva o sus factores de riesgo. En este sentido, existen investigaciones que muestran la relación entre la vergüenza y la ira con la agresión (Hejdenberg y Andrews, 2011; Tangney y Dearing, 2002; Velotti et al., 2014).

En esta línea, es necesario conocer con mayor exactitud el impacto de las intervenciones en los AI para poder desarrollar y seleccionar los procedimientos más exitosos. Así, esta tesis pretende contribuir a ofrecer respuestas a la cuestión de si la autocompasión está o no relacionada con los factores predictivos del delito en los menores, así como si la aplicación de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) en AI puede producir una mejora significativa en algunas de las variables de riesgo de la conducta delictiva.

Sintetizando, los objetivos de la presente tesis sobre los que recaen los distintos estudios de esta investigación son los siguientes:

- Establecer si la Autocompasión es un predictor de conducta criminal en Adolescentes infractores.
- Elaborar un protocolo de intervención actualizado y pertinente de la Teoría centrada en la Compasión para ser aplicado en Adolescentes infractores.
- Determinar el nivel de modificación de las variables delictiva (conducta delictiva), variables relacionadas con la compasión (autocompasión, compasión hacia los demás y

miedo a expresar compasión por los demás), y variables de riesgo (motivación, autocontrol, empatía, agresividad, y depresión) medidas con las correspondientes escalas, en función de la aplicación de la CFT.

- Comparar los resultados obtenidos en los grupos de intervención, comparación y control en el marco de la investigación desarrollada.

Es importante señalar que la presente investigación se ha desarrollado con el fin de que sus resultados sean utilizados por las personas e instituciones que atienden a menores infractores, que deseen comprenderlos y ayudarlos desde una perspectiva humanista y, quizás de forma diferente a la tradicional. No pretende ofrecer una serie de recetas para la prevención o rehabilitación del delincuente juvenil y sí facilitar mecanismos que pueden adoptarse para ayudar a los adolescentes infractores, en especial a desarrollar su “auto-cuidado”, que puede ser considerado como una necesidad básica. En general esos criterios se orientan a humanizar el proceso de rehabilitación de los menores infractores, restableciendo sus derechos, y promoviendo su propia autonomía y desarrollo personal.

A. Primera parte. Fundamentos teóricos.

Capítulo 1. Sistema de justicia juvenil.

“... Si no corregís esos daños alabaréis inútilmente esa justicia tan experta en reprimir el robo, pues es más aparente que benéfica y justa. Permitís que se eduque tan deficientemente a los niños y que sus costumbres se corrompan desde pequeños, pero después los condenáis, al llegar a hombres, por faltas que en su niñez eran previsibles. Qué otra cosa es esto más que hacerles ladrones y condenarlos después” (Moro, 1518).

Introducción.

En las últimas décadas del siglo XX se cambia la concepción jurídica del menor infractor desde el ejercicio tutelar a la luz del modelo de protección integral. A saber, por un lado, el paradigma caduco que consideraba que los adolescentes infractores no debían participar en la toma de decisiones que les involucraba, dando paso a criminalizar la pobreza, la orfandad y la exclusión; el Estado era el que tenía que hacerse cargo de los menores que se encontraban en una situación irregular, siendo muchas veces privados de libertad y sus derechos. Por otro lado, el nuevo paradigma de la doctrina de la protección integral considera que los menores son sujetos de derechos, que deben ser respetados por todos y las obligaciones corresponden no solo al Estado sino a la familia, a la sociedad, quienes tienen que trabajar para garantizar el interés superior del menor, que incluye su desarrollo físico y psicológico en goce efectivo de sus derechos (Constitución del Ecuador, 2008). A consecuencia, las naciones han propuesto modificar la normativa y las políticas públicas relacionadas con los sistemas de responsabilidad penal de adolescentes infractores (Llamas & Marinaro, 2020). Sin embargo, pese a estar reconocidos estos principios a nivel internacional en los instrumentos de derechos humanos, los Estados, lenta y progresivamente fueron reconociendo y aplicando en su derecho interno ese nuevo paradigma. Así, varios pronunciamientos de la Corte y la Comisión interamericana de derechos humanos, el Comité de Derechos del Niño, han sido fundamentales para interpretar la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a nivel interno de los Estados parte (Aguilar, 2008). Por ese motivo, en este trabajo también se considera relevante revisar el sistema penal de adolescentes infractores existente en Ecuador y su correspondencia con el bloque de constitucionalidad que reconoce todos los principios y derechos que deben tenerse en cuenta al momento de tratar a un menor que ha infringido leyes penales.

A tenor de lo señalado, el presente capítulo se divide en tres grandes temas. El primero, el análisis de los principales instrumentos internacionales, puesto que ello comporta la

implementación y desarrollo de la doctrina de la protección integral. En un segundo nivel, la normativa nacional reflejada en la constitución de la república y código de la niñez y adolescencia siempre en coherencia con las normas internacionales. Y, en un tercer nivel, algunos detalles del sistema penal juvenil ecuatoriano: imputabilidad, centros de acogimiento, procedimientos administrativos de restablecimiento de derechos y estadísticas de adolescentes infractores.

1.2 Marco jurídico en Ecuador.

Como se ha dicho, en el Ecuador las normas que regulan la rehabilitación de adolescentes infractores nacen de dos vertientes, a través de dictamen legislativo (Constitución y Código de la Niñez y adolescencia) y los tratados internacionales, como por ejemplo Convención sobre los derechos del niño (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989), Reglas de Naciones Unidas (Reglas de Beijing, 1985) y de Tokio (Reglas de Tokio, 1990), entre otros. Veamos algunos aspectos fundamentales de cada uno de ellos.

1.2.1 Marco internacional

En el devenir histórico de los pueblos, los tratados internacionales han sido un instrumento idóneo para resolver problemas que traspasan las fronteras, con el objetivo de unificar criterios jurídicos que den solución a los mismos. Un fenómeno social de orden mundial constituye la delincuencia y la atención que se les puede brindar a los adolescentes infractores (AI), dándose con mayor intensidad en aquellos lugares donde la situación socioeconómica es deficiente, constituyéndose en escenarios propicios para su aparición. De esta forma, se han firmado diferentes tratados internacionales que propenden garantizar los derechos de los AI, siendo acogidos por el Estado ecuatoriano y elevados constitucionalmente a la categoría de normas supraconstitucionales por reconocer derechos humanos y tener prevalencia normativa en el ordenamiento jurídico. Esto es, lo que se conoce como bloque de constitucionalidad, porque la ley de leyes de nuestro marco legal (Constitución Política del Ecuador) no sólo está formada

por las disposiciones contenidas en ella, sino también por otras muchas previstas en las normativas internacionales. Esta doctrina condensa la existencia de cinco instrumentos básicos:

1. La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN).
2. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia Juvenil (Reglas de Beijing).
3. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para los Jóvenes Privados de Libertad.
4. Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad (Reglas de Tokio)
5. Las Directrices de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia Juvenil (Directrices de Riad).

1.2.1.1 Convención sobre los derechos del niño (CDN)¹

Se trata del primer instrumento internacional que toma en cuenta los derechos de los niños en forma general y sobre privación de libertad en forma particular, en una norma jurídica. En contraste, la Declaración sobre los derechos de los niños de 1924, y la de 1959, no hace referencia a la privación de libertad de los niños. En 1955, las Naciones Unidas adoptaron las Normas mínimas para el tratamiento de prisioneros, pero dichas normas no se aplican a las instituciones para menores y por consiguiente no atiende los derechos específicos de los niños. La Convención sobre los Derechos del Niño, analizada durante el lapso de 10 años con las aportaciones de representantes de diversas sociedades, culturas y religiones fue aprobada como tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989. El cuerpo normativo, a lo largo de sus 54 artículos, reconoce que los menores de 18 años son individuos con derechos, de pleno desarrollo físico, mental y social, y a expresar libremente sus opiniones.

¹ Ratificada por el Ecuador el 7 de marzo de 1990.

Además, la Convención es también un modelo de salud, de supervivencia y el progreso de toda la sociedad humana.

Los cuatro principios fundamentales de la Convención son:

La no discriminación

De acuerdo con el numeral 2 del artículo 2, ubicado en la Parte I, de la CDN manifiesta:

“Los Estados Parte tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares” (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, p. 10)

Por lo que incumbe al Estado, garantizar el respeto a la integridad del menor, para que sea protegido y tomar las medidas necesarias contra toda forma de discriminación. Además, Llorens (2012) manifiesta que se produjo un cambio en la concepción de los menores en el contexto social, pues eran considerados necesitados de protección. De esta manera, se les permite integrarse y ser parte de la toma de decisiones que influyen en sus propias vidas y ya no ser tratados como propiedad de quienes deben cuidarlos.

El interés superior del niño

Corresponde a un principio que tiene prelación sobre los demás y se relaciona, entre otras aplicaciones, con las medidas o dictámenes que se ejecuten por la autoridad competente que se deben realizar en base de los intereses del menor, ello apoyado en el numeral 1 del artículo 3, ubicado en la Parte I de la CDN:

“En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño” (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, p. 12)

Debido a ello los intereses del menor son considerados prioritarios al momento de tomar

decisiones para la protección y el bienestar del mismo. Por lo tanto, son muchas ocasiones donde los derechos y la integridad del menor se vulneran, incluso por su propia familia, para determinados casos, se toma en consideración el punto 1 del artículo 9, ubicado en la Parte I (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989):

“Los Estados Parte velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño. En tales casos, la versión del menor será un factor clave en la determinación de parte de la institución encargada, en beneficio de su integridad” (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, p. 12).

Según Aguilar (2008), la necesidad de considerar el interés superior del niño, permite a las autoridades competentes actuar en beneficio de los menores, ofreciendo los bienes necesarios para su desarrollo y bienestar, como es el derecho a realizar actividades acordes a su edad, a la libertad y salud, siendo, los niños uno de los grupos más vulnerables en la sociedad, por lo que se protege su integridad y se debe evitar que sus intereses cedan frente a los de terceros.

En este punto, vale la pena comentar las diferencias en la legislación de los diversos países del continente americano (habla hispana), en relación a la edad de inicio y finalización para considerar imputable a una persona por ser menor de edad. Comenzando por Perú, donde la regulación se imparte a partir de los 14 hasta los 18 años de edad, de tal modo el adolescente infractor será dotado de “responsabilidad penal, pero mediante un sistema especial, además de sanciones especiales” (Jauregui, 2016). De distinta manera en el caso de Cuba, la mayoría de edad (16 años), permite procesar y sancionar penalmente al menor que haya cometido un ilícito

penal como adulto. En el caso de Bolivia, en su código penal se dispone que son imputables los sujetos mayores de 16 años que cometan cualquier ilícito penal, éstas deberán ser procesadas y sentenciadas sin la existencia de consideración especial en relación a su edad. De acuerdo con la tabla 1 se observa las distintas edades del compendio de países como Perú (Congreso de la República, 2000; Jauregui, 2016, Yong, 2017), Argentina (De Rosa, 2018), Colombia (Vega, 2015) (Congreso de Colombia, 2006). Costa Rica (Harbottle, 2014) (Tribunal Supremo de Elecciones, 2003), México (Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión, 2019), Chile (Schleyer, 2018), Ecuador (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003) Bolivia (Poder Legislativo, 2014) y Venezuela (Asamblea Nacional, 2007).

Tabla 1

Países y edades para intervención jurídica en América.

País	Edad en que el sistema penal juvenil puede/debe aplicarse	Edad en que el derecho penal adulto puede/debe aplicarse
Perú	14	18
Cuba	16	16*
Bolivia	14	18
Chile	14	18
Colombia	14	18
Paraguay	14	18
Costa Rica	12	18
Ecuador	12	18
México	12	18
Venezuela	12	18

*El caso de Cuba, son imputables los mayores de 16 años, pero se les reconoce un tratamiento diferenciado al comisor de un hecho delictivo que se encuentre entre las edades de 18 y 20 años. Así, tenemos que cuando el sujeto haya cumplido 16 años y tenga menos de 18, el tribunal puede reducir los límites mínimos y máximos de la sanción hasta la mitad y respecto a los de 18 a 20 años, hasta en un tercio.

Para el caso de Europa, en la tabla 2 se puede observar las edades de imputabilidad penal y edades en las que pueden ser procesados judicialmente.

Tabla 2*Países y edades para intervención jurídica en Europa*

País	Edad de imputabilidad	Edad en que el derecho penal adulto puede/debe aplicarse	Edades en que conocen los tribunales juveniles	Observación
Francia	13	18	13-18	
España	14	18	14-18	
Alemania	14	18/21	14-21	
Portugal	12*/16	16/21	12-16	* Medidas de protección
Dinamarca**	15	15/18/21	No hay jurisdicción penal juvenil	** Solo las atenuantes del derecho penal general
Eslovenia	14***/16	18/21	14-18	*** Solo para algunos delitos graves
Italia	14	18/21	14-18	
Holanda	12	16/18/23	12-18	8-16 (Audiencias infantiles); 16-18 (Tribunal penal juvenil)
Escocia	12****/16	16/21		**** Medidas de protección propias del sistema tutelar, no hay responsabilidad penal
Bélgica	16*****/18	16/18	14-18	***** Solo para delitos de tráfico de estupefacientes

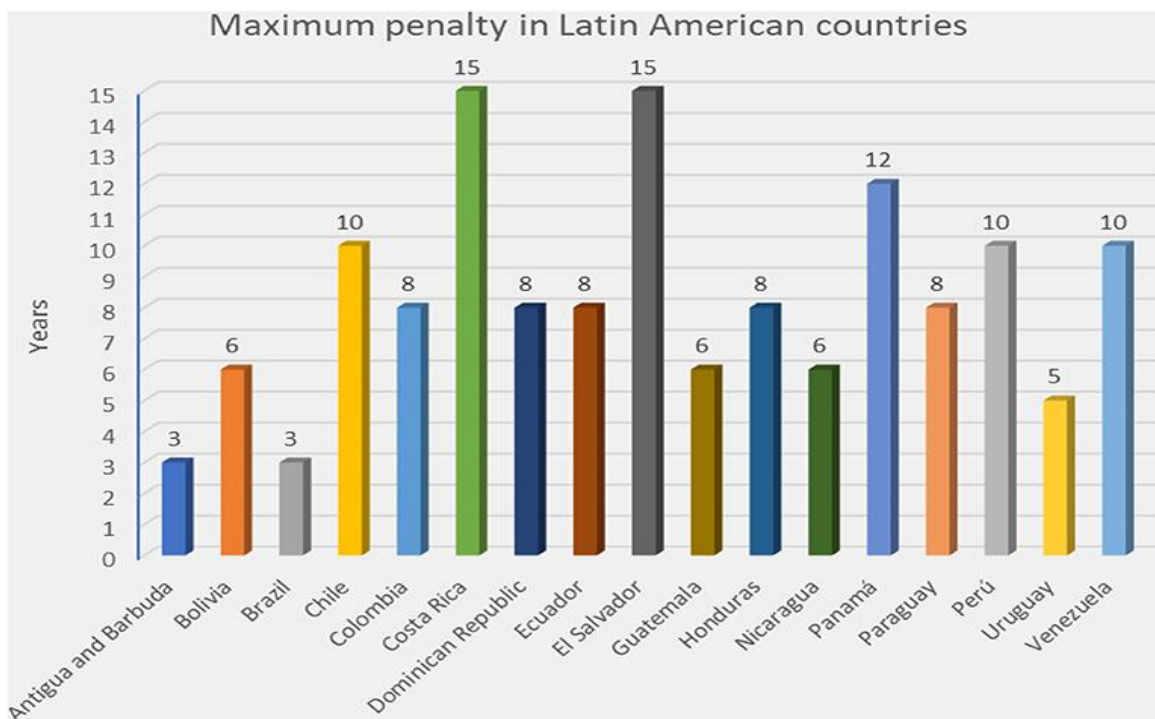
Nota. Adaptado de Edad de imputabilidad penal y jurisdicción de los tribunales juveniles en Europa, (Dünkel, 2015)

Pero, no solo existe una desproporción comparativa en cuanto a la edad de imputabilidad, sino que también existen diferencias con respecto a las medidas sancionadoras, la mayoría de

las acciones u omisiones que constituyen un delito en un determinado país, también suelen constituir un delito en la mayoría de los países del mundo; sin embargo, la medida del castigo o pena que podría imponerse como resultado de ese mismo delito no sigue esta generalización. En este contexto, encontramos grandes disparidades entre las sanciones aplicadas en diferentes países por el derecho penal juvenil. Los países latinoamericanos son un gran ejemplo de esta situación: mientras que Brasil tiene una pena máxima de 3 años de prisión por cualquier delito cometido por un adolescente de entre 12 y 18 años (Ley 8069, Estatuto da Criança e do Adolescente, s. 121), otros países, como Bahamas (Código Penal, s. 263) permite la pena capital. Más ejemplos se muestran en la Figura 1

Figura 1

Penalidad Máxima en Países Latinoamericanos



Nota. Tomado de Llamas y Marinero (2020)

En éste mismo sentido, Llamas y Marinero (2020) han encontrado que las diferentes sanciones expuestas a los AI corresponden a diferentes mecanismos legislativos, que pueden dividirse en tres grupos. Primero, existen sistemas legales que permiten la transferencia de

delincuentes juveniles a un tribunal penal (también conocido como "juicio como adulto"). En segundo lugar, están aquellos que permiten que el tribunal de menores imponga una sentencia adulta. En tercer lugar, están aquellos que solo permiten sentencias juveniles para delincuentes juveniles, que son considerablemente menos severas que las sentencias de adultos.

El primer método es común en países que han adoptado el sistema legal conocido como Common Law (puro o mixto). La decisión de transferir a un joven delincuente puede contemplar varios factores, pero los más importantes son la gravedad del delito y la edad del delincuente. Esta decisión puede ser tomada por un juez (exención judicial), un fiscal (discreción procesal) o por la propia ley (exclusión legal).

El segundo método se usa principalmente en países que han adoptado el sistema de derecho civil. Al igual que el anterior, la gravedad del delito y la edad del delincuente son los principales factores utilizados para tomar la decisión. A pesar de sus diferencias, ambos sistemas permiten la sentencia de un joven delincuente como adulto.

El tercer método, sin embargo, prohíbe ese tipo de pena, lo que también significa que prohíbe la pena capital y la cadena perpetua. No es posible hacer ninguna otra suposición sobre este asunto, ya que el monto máximo de la pena es muy diverso en cada jurisdicción.

El derecho a la vida, la supervivencia y de desarrollo.

El acuerdo internacional promueve la protección e integridad de los menores mediante las prestaciones de servicios, bienes, atendiendo en la medida posible las necesidades registradas. Sustentado en el numeral 2 del artículo 6, ubicado en la Parte I, "Los Estados Parte garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño" (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, p. 11). Efectivamente el estado debe entregar los recursos necesarios para los menores posibilitando una vida plena y participativa (Dávila et al., 2017; Llorens, 2012), garantizando su supervivencia y un desarrollo seguro con la satisfacción de sus necesidades básicas, acceso a educación eficiente, atención sanitaria adecuada e integración

social. Consecuentemente se prohíbe la pena capital o la cadena perpetua para los delincuentes juveniles, (artículo 37 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño) que no permiten que los adolescentes sean sentenciados con la misma pena que puede imponerse a un adulto.

La participación infantil.

Corresponde a ser parte de una comunidad sin discriminación debido a particularidades físicas o mentales, siempre y cuando no se vea afectada o en peligro su integridad. Esto se sustenta en el punto 1 del artículo 23, ubicado en la Parte I (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989):

“Los Estados Parte reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad” (p. 18).

Dichas reglas son la base para la formulación de las distintas normativas y directrices planteadas en materia de menores en cada región o jurisdicción. Con la finalidad de facilitar la expresión libre y permitirles ser escuchados (Llorens, 2012).

1.2.1.2 Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (“Reglas de Beijing”).

Con el propósito de promover el bienestar, las reglas obligan a los Estados miembros a plantear políticas orientadas a prevenir la incursión de los menores en la vida delictiva, minimizando así la probabilidad de la intervención del sistema judicial y el impacto que genera. Por ello, cada Estado debe incluir dentro del proceso de desarrollo nacional, un plan de justicia de menores que favorezca tanto su integridad como el orden social. Estos procesos concebidos dentro de los límites legales de cada uno de los Estados se perfeccionarán constantemente a fin de fortalecer el cumplimiento de sus objetivos, concretamente, la proporcionalidad de la sanción con respecto al delito y las circunstancias individuales, es decir, la atención debe

centrarse en que las sanciones cumplan una función que favorezca el orden social, pero también estimulando la conducta prosocial del menor.

En todo caso, la sanción privativa de libertad se utilizará como último recurso, entendiendo las consecuencias que el encerramiento puede generar en la personalidad en formación del menor. La aplicación de la justicia penal para adolescentes será discrecional a cada Estado, siempre y cuando esta garantice la idoneidad tanto de los procesos, como de quienes ejerzan dichas facultades, es decir, funcionarios especialmente capacitados para cumplir con sus objetivos de forma competente.

Por supuesto, las reglas deben asegurar a los menores en conflicto con la ley penal un proceso judicial imparcial y justo, con las garantías que internacionalmente han decretado diferentes estamentos; además, es deber de los Estados, respetar su intimidad, no solo en busca de proteger su buen nombre sino de evitar las consecuencias que el efecto mediático puede generar en el comportamiento del joven.

Por otro lado, la reglamentación indica los objetivos y orientaciones en aquellos casos en que el menor se encuentre con sanción en medio cerrado, obligando a los Estados a prestar los servicios necesarios para su adecuado desarrollo en todas las esferas (educación, salud, social, etc.) brindándoles siempre un ambiente sano y seguro. En fin, las reglas subrayan la necesidad imperativa de integrar la investigación como base primordial en la formulación de políticas dirigidas a la administración de justicia juvenil, así como la importancia de evaluarlas constantemente.

1.2.1.3 Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil (Directrices de Riad)

Corresponden a las resoluciones 40/33, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, que deben interpretarse en el marco de todos los (Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil, 1990) instrumentos internacionales, de las

normas relativas a los derechos, los intereses y el bienestar de los menores para aplicarse en el contexto de las condiciones económicas, sociales y culturales imperantes en cada uno de los Estados miembros.

De esta forma se establecen las normas para la prevención de la delincuencia juvenil e incluso medidas de protección de personas jóvenes quienes han sido abandonadas, descuidadas, abusadas o se encuentren en situación marginal. Sobresalen entre estas directrices las siguientes: a). La prevención de la delincuencia juvenil, b). Los jóvenes deben desempeñar una función activa y participativa en la sociedad, c). Los programas preventivos deben desempeñar una función activa y participativa en la sociedad, d). La protección de los derechos y los intereses de los jóvenes, e). Y crear oportunidades, en particular educativas, servicios y programas con base en la comunidad para la prevención de la delincuencia juvenil.

1.2.1.4 Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad

Fundamentada en las anteriores y estando en concordancia con los derechos humanos estas reglas establecen un mínimo de condiciones que los Estados deben cumplir para garantizar los derechos humanos de los niños y adolescentes privados de su libertad (Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad, 1990).

Los países que son parte de las Naciones Unidas deben respetar estas Reglas cuando promulgan leyes sobre privación de la libertad de menores de edad. Sus objetivos son proteger a los menores de edad y promover su libertad en forma inmediata. Además, estas reglas deben ser aplicadas según el principio de imparcialidad y no discriminación, lo que significa que no puede hacerse ninguna diferencia basada, p. ej., en la raza, la nacionalidad, la religión o la situación económica del menor o su familia. En definitiva, estas reglas buscan garantizar al menor en conflicto con la ley penal que durante el cumplimiento de una sanción privativa de libertad, tenga una vida digna, un trato humano, el respeto a sus derechos y la reducción del impacto negativo generado no solo por la situación de estar privado de libertad, sino por las

implicaciones familiares y sociales a que esto conlleva.

1.2.1.5 Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad (Reglas de Tokio, 1990)

Constituyen una serie de principios básicos para promover la aplicación de medidas no privativas de la libertad, así como salvaguardias mínimas para las personas a quienes se aplican medidas sustitutivas de la prisión. Estas reglas fomentan una mayor intervención por parte de la comunidad, es decir trabajar en conjunto para que renazca en las personas que infringen la ley un sentido de responsabilidad social. Se aplicarán teniendo en cuenta las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales de cada país, así como los propósitos y objetivos de su sistema de justicia penal.

1.2.2 Marco nacional

Desde la promulgación de la última constitución ecuatoriana (2008), se ha puesto énfasis al establecimiento de un estado garantista que reconoce y protege los derechos humanos y que en el caso de los adolescentes privados de su libertad, tienen el derecho a ser tratados como grupos de atención prioritaria y de doble vulnerabilidad; es decir por estar privados de su libertad y por ser menores de edad. En esa dirección, en el país se han reformulado una serie de normativas, como el código de menores por el código de la niñez y adolescencia, entre otros

1.2.2.1 El Código de la Niñez y Adolescencia (CNA) de Ecuador

El CNA (2003) tiene como fin proteger y garantizar el goce y ejercicio de los derechos, el cumplimiento de deberes y otorgar responsabilidades de NNA del Ecuador, dentro de un marco de libertad, dignidad y equidad, conforme a los principios fundamentales. Fue promulgado en el año 2003, a través del Congreso Nacional, sustituyendo al código de menores (1992). La principal diferencia entre los cuerpos normativos mencionados es el paradigma, pues el antiguo código de menores tenía un enfoque tutelar de derechos y el CNA cambia a una proyección integral y de atención prioritaria. En cuanto a los derechos y garantías de los adolescentes

respecto del juzgamiento, el CNA se alinea a lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), es decir, la inimputabilidad penal a personas naturales en edades comprendidas entre 12 a 18 años de edad no cumplidos (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003). Todo AI goza de los derechos, garantías y principios rectores del acto penal de un adulto, así como la particularidad de las medidas cautelares que se da en el caso de los adolescentes; como la privación de libertad, que se dará sólo con el objeto de asegurar la intermediación del adolescente con el proceso, esta medida no puede extenderse más de 24 horas sin una orden judicial escrita, para ello sólo podrá disponer el Juez competente.

De tal forma, el estado promueve en primera instancia y por prelación, que se aplique medidas socioeducativas abiertas antes que la privación de la libertad. Las medidas socioeducativas prescritas en el CNA tienen como finalidad la integración social del adolescente y la reparación o compensación del daño causado. A saber, estas medidas pueden recogerse en dos grupos. El primer grupo, corresponde a las medidas socioeducativas de régimen abierto, como son: 1). Amonestación, que es una recriminación verbal dada por el Juez al AI y a sus progenitores o representantes con objeto de que se comprenda la ilicitud de las acciones, 2). La amonestación e imposición de reglas de conducta, es un nivel mayor a lo anterior, 3). Orientación y apoyo familiar que consiste en la participación en programas de orientación y apoyo familiar para conseguir la adaptación del adolescente a su entorno familiar y social. 4). Reparación del daño causado que consiste en restablecer el equilibrio patrimonial afectado con la infracción del AI, mediante la reposición del bien, su restauración o el pago de una indemnización proporcional al perjuicio provocado y 5). Servicios a la comunidad que son actividades concretas de beneficio comunitario que impone el Juez, para que el adolescente infractor las realice sin menoscabo de su integridad y dignidad, ni afectación de sus obligaciones académicas o laborales, tomando en consideración sus aptitudes, habilidades y destrezas.

En tanto que el segundo grupo, corresponde a las medidas socioeducativas de régimen cerrado, a saber: 6) Libertad asistida, que es un estado de libertad condicionada al cumplimiento de directrices y restricciones de conducta fijadas por el Juez, 7) Internamiento domiciliario, que consiste en una restricción parcial de la libertad por la que el AI no puede abandonar su hogar, excepto para asistir al establecimiento de estudios o de trabajo, 8) Internamiento de fin de semana, que es una restricción parcial de la libertad en virtud de la cual el adolescente está obligado a concurrir los fines de semana al centro para cumplir las actividades de su proceso de reeducación, 9) Internamiento con régimen de semilibertad, que no impide su derecho a concurrir normalmente al establecimiento de estudio o de trabajo y por último y en mayor nivel de castigo es el, 10). Internamiento institucional, ésta se aplica únicamente a adolescentes infractores mayores a catorce años y por infracciones que en la legislación penal ordinaria son sancionadas, con reclusión. A los adolescentes menores a catorce años, se les aplicará únicamente en los delitos de asesinato, homicidio, violación, plagio de personas y robo con resultado de muerte.

Para el cumplimiento y efecto de estas mediadas socioeducativas que suponen internamiento, en cualquiera de sus modalidades, le corresponderá a los centros de internamiento de adolescentes infractores legalmente autorizados y especializados (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003), cumplir con lo dispuesto por las normas y estatutos mencionados, buscando la protección integral del menor y la prevención de la infracción penal.

1.2.3 Sistema de justicia juvenil en el Ecuador

La promulgación de la Constitución Ecuatoriana (Asamblea Constituyente, 2008) y los acuerdos internacionales han propiciado un sentido y direccionamiento apegado a la doctrina de la protección integral en relación con el tratamiento de la delincuencia juvenil en Ecuador. Se cambió la forma de enfrentar el tema de la delincuencia juvenil; sin embargo, se debe puntualizar que se han diversificado los perfiles de los menores infractores y la tipología de los

delitos cometidos. Esta realidad se refleja en las numerosas modificaciones que a lo largo de estos años ha sufrido el CNA, que ha desembocado en la más importante y agresiva reforma al código orgánico integral penal (2014) ecuatoriano, donde se establecen como medida de internamiento institucional 8 años de privación de libertad (pena máxima) para los adolescentes infractores. Lo que, sin lugar a dudas, ha sido influenciado por las reacciones que la sociedad ha tenido en algunos de los casos más mediáticos, ya que tras las sucesivas reformas se ha ido produciendo un progresivo endurecimiento de las medidas (Sánchez, 2018)

Por otro lado, la violencia juvenil también sigue ligada a entornos altamente vulnerables y situaciones de pobreza o desestructuración familiar (Day & Wanklyn, 2012) aunque en la actualidad también se pueden percibir tipologías diferentes que han visibilizado en mayor medida los delitos cometidos por menores de familias acomodadas y la violencia ejercida por los hijos hacia sus progenitores o cuidadores, así como las agresiones a profesores, delitos cometidos a través de Internet, *ciberbullying*, entre otros.

1.2.3.1 Imputabilidad e inimputabilidad en Ecuador.

La imputabilidad, se explica desde dos aristas (Guemureman & Bianchi, 2018; Salvador, 2019) la primera desde el modelo de discernimiento, donde el menor es igualado al alienado mental, por lo que no posee la capacidad de entender o actuar en consecuencia y por otro lado, desde la doctrina político-criminal que consideran la edad mental como una barrera entre los sistemas de acción ante el delito: el de adultos y el de personas menores de edad.

En el caso que nos ocupa, en el Ecuador, la normativa vigente declara inimputables a menores comprendidos en el intervalo de 12 a 18 años no cumplidos (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003). Por lo tanto, no se les aplicaran las sanciones previstas en la leyes penales asumiendo las debidas medidas socioeducativas (Celin, 2016).

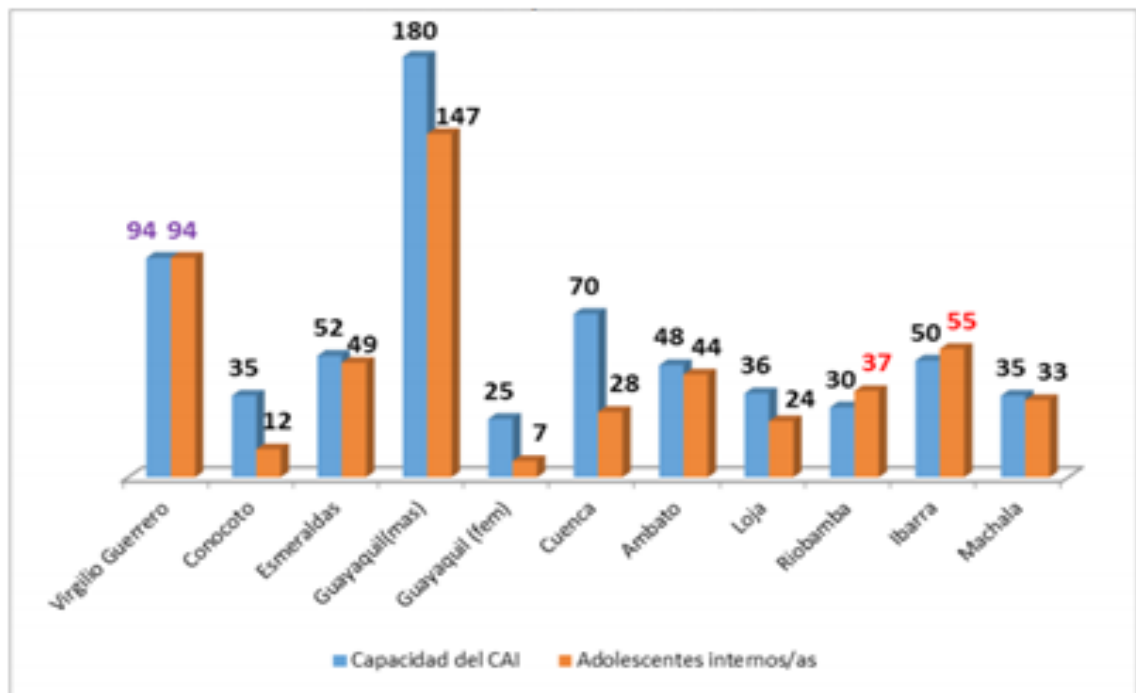
1.2.3.2 Centros de internamiento de adolescentes infractores en conflicto con la ley penal.

En el Ecuador existen 11 centros de adolescentes infractores (CAI), dos son femeninos y

nueve centros restantes son masculinos (Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, 2015). Su capacidad para albergar se encuentra entre 25 a 180 personas por centro, siendo el más pequeño por su capacidad el CAI femenino de Guayaquil, y el más grande el CAI masculino de la misma ciudad. Entre todos los centros pueden albergar a un total de 655 adolescentes infractores. De este total, el espacio para adolescentes mujeres es de 60, distribuidas en dos CAI: Guayaquil y Quito. Para una mejor ilustración véase las proporciones a septiembre/2016 (internados) y su capacidad de alojamiento. (Figura 2)

Figura 2

Capacidad de los Centros de Adolescentes Infractores en el Ecuador



Fuente: Defensoría del Pueblo de Ecuador, Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

Elaborado por: Patricia Calero, 2016.

1.2.3.3 Modelo de atención integral (MAI) para restablecimiento de derechos.

De conformidad con los principios relacionados con el interés superior y la protección integral, es el Ministerio de justicia y derechos humanos (actualmente Servicio nacional de atención integral a personas adultas privadas de la libertad y a adolescentes infractores: SNAI), el organismo rector de la política pública relativa a AI y responsable de la ejecución de medidas

cautelares y socioeducativas privativas de libertad. Con el objetivo de promover el ejercicio de sus derechos (AI), comprometiéndose con la transformación de sus vidas, se ha diseñado un protocolo de atención socio-psico-pedagógica (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2015), en los CAI del Ecuador.

A continuación, se describe el proceso de intervención que reciben los adolescentes infractores cuando se encuentran privados de su libertad (intervención institucional), dividido en cuatro fases: Primera, análisis y conocimiento de la situación del adolescente, segunda, proceso pedagógico educativo, tercera, aprestamiento para la salida y cuarta, seguimiento post internamiento.

Fase Uno: análisis y conocimiento de la situación del adolescente.

Corresponde a la llegada del menor al CAI, donde será atendido por el coordinador o su delegado, acompañado del abogado. No obstante, en casos extracurriculares, puede ser el inspector educador quien lo reciba e inicie el protocolo. Una vez recibido el menor, se evalúa la legalidad de su estancia revisando la orden emitida únicamente por el juez pertinente y a la vez el abogado del centro receptorá ciertos documentos dependiendo el caso:

Delito flagrante (CNA: 326): parte policial, certificado médico, prueba de embarazo para el caso de adolescentes del sexo femenino.

Medidas cautelares (CNA: 328, 329, 330): Orden del Juez con la medida cautelar (Boleta de internamiento preventivo o detención por veinticuatro horas), copia de acta de audiencia de calificación de flagrancia y formulación de cargos, copia de parte policial, certificado médico, prueba de embarazo.

Medidas socioeducativas (Art. 379 CNA): Resolución del Juez con la medida socioeducativa dispuesta, copia del parte policial, certificado médico, prueba de embarazo.

En caso de tener duda sobre la edad del menor se aplicará el principio del interés superior, es decir se presume que es menor mientras se comprueba su edad real (CNA: 325). Si el

adolescente se negare a realizar la prueba correspondiente, la Fiscalía solicitará una orden judicial para la práctica de la pericia, garantizando el debido proceso. A continuación, se procede a brindar la información de las razones de estar en el Centro y cuánto tiempo permanecerá en éste; cómo está organizado el centro, con qué personal cuenta, qué servicios y áreas tiene y cuáles son las reglas de convivencia.

Durante su primera noche, el adolescente será ubicado en el dormitorio de primera acogida para luego ser ubicado en la sección que le corresponde. Es conveniente, que al momento del ingreso sea presentado con el resto del personal y con las otras personas con las cuales va a compartir el espacio físico, lo cual debe estar supervisada por el psicólogo.

Con la inserción al CAI, el menor ingresa en una situación nueva, que muy probablemente le genere angustia, por lo que, los funcionarios deben tener en cuenta que existe la posibilidad de que requiera acciones inmediatas para disminuir su crisis que puede estar orientada hacia un comportamiento violento, reacciones por adicción y la búsqueda de familiares (Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, 2015).

Fase Dos: proceso pedagógico educativo. Subproceso de investigación inicial/ análisis de la demanda.

Mediante la información anterior, el trabajador social, psicólogo y abogado de la unidad de diagnóstico, evalúan y realizan una orientación sociofamiliar por separado. También, es conveniente coordinar con el Médico del Centro o con la brigada del Ministerio de Salud más cercano, para que, dentro de las primeras 72 horas, se realice la valoración médica integral. El objetivo es iniciar un primer diálogo para conocer detalles de su vida, colocando al entrevistador con una actitud de escucha y no de prejuicio o de juzgamiento. Por lo tanto, el psicólogo o trabajador social debe crear un ambiente de confianza, previo a la emisión de los primeros informes.

El Psicólogo(a), tendrá que elaborar un informe psicológico de carácter privado, indagando

acerca de la perspectiva que tiene con respecto al delito que lo acusan, identificar su opinión y valoración de lo sucedido, además es fundamental obtener información sobre los rasgos comportamentales, de personalidad, destrezas de aprendizaje, adicciones, estado anímico, hábitos, gustos y debilidades del menor.

El profesional de Trabajo Social debe obtener información verídica sobre sus familiares, el tipo de comunicación que emplean, el tipo de familia a la que pertenece, el número de miembros que la conforman y su ubicación geográfica. Sobre todo, la responsabilidad que tienen con respecto a la situación que está cursando el menor.

El Médico(a), requiere una valoración del estado físico del menor. Ausculta que no tenga moretones, lastimados o alguna enfermedad, identificando si toma medicamentos y su frecuencia. Este examen debe realizarse hasta el tercer día después del ingreso del adolescente al Centro. Con todos los datos recogidos, se elabora el respectivo diagnóstico de la situación del adolescente. Luego se realiza la entrevista a los representantes legales con lo cual se obtiene una información más completa del menor y sus familiares.

Como ya se mencionó anteriormente, existen distintas medidas judiciales que ordenan el ingreso del AI al centro. En el caso de la medida cautelar de aprehensión, detención para investigación y detención para asegurar la comparecencia (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2011), se debe verificar el estado de salud en el cual ingresan y garantizar su integridad mientras está en el Centro. Con aquellos que están por internamiento preventivo, además de lo establecido se debe realizar un plan de intervención, con base en un diagnóstico inicial sobre su situación en el cual se tendrá en cuenta el grado de cumplimiento de sus derechos en identidad, salud, educación, vínculos afectivos o familiares.

En el caso de los adolescentes con medida socioeducativa de privación de la libertad: régimen abierto, semiabierto e institucional, la acción se concreta con la elaboración del Plan Individualizado de Aplicación de la Medida (PIAM) (Art. 400 CNA) y del Plan Global de

Familia (PGF), sin excluir los requisitos anteriores.

Subproceso Plan Individualizado de Aplicación de la Medida- PIAM.

Se construye para cada uno de los AI que ingresan al Centro con medidas socioeducativas de libertad asistida, internamiento domiciliario, internamiento de fin de semana, internamiento con régimen semiabierto e internamiento institucional. La situación del adolescente, que es el diagnóstico de su situación psicológica y social, el tipo y el tiempo de la medida socioeducativa son el referente para delimitar los objetivos y las estrategias de este Plan. El trabajador(a) social del Centro será el responsable directo de construir y liderar la ejecución, el monitoreo, el seguimiento y la evaluación del PIAM y, mejor si existe un terapeuta familiar.

Subproceso de acompañamiento al adolescente.

Recordemos, que los Centros deben garantizar que los AI privados de la libertad, tengan acceso a todos los derechos universales: educación, formación ocupacional o laboral, recreación y vínculos afectivos y familiares. Connotación especial merece el derecho a la salud, que debe estar garantizado en los CAI por el Ministerio de Salud Pública, es más, el Código Orgánico Integral Penal (2014), en el artículo 12 numeral 11 en su último inciso establece que “En caso de adicciones a sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que los contengan o de alcoholismo y tabaquismo, el Ministerio de Salud Pública brindará tratamiento de carácter terapéutico o de rehabilitación mediante consultas o sesiones, con el fin de lograr la deshabitación. La atención se realizará en los centros de privación de libertad a través de personal calificado para el efecto”

Plan global de la familia (PGF).

Este se orienta a construir o recuperar los vínculos familiares del adolescente, sea con su familia de origen o con las personas que tienen vinculación afectiva, confianza o solidaridad y son un referente significativo en su vida. Se elabora en un plazo máximo dos días.

El PGF se construye, al igual que el PIAM, a partir del diagnóstico de la situación del AI

proporcionado por el equipo técnico y su familia. Luego se definen objetivos a lograr en función de fortalecer el vínculo familiar y el proyecto de vida del menor. Cada sujeto (adolescentes, personal del Centro y familia) debe proponer su objetivo y, posteriormente se consensua en uno solo.

Subproceso de acompañamiento a la familia. -

Se refiere al seguimiento de un miembro o a la familia en su conjunto cuando se ha identificado alguna otra situación de violación de derechos de la que puede ser víctima otro miembro familiar. Si la víctima es un adulto, se debe sugerir que busque apoyo especializado. Si el agredido es un niño, niña u otro adolescente es responsabilidad del personal CAI, estos deberán poner la situación en conocimiento de la Junta Cantonal de Protección de Derechos (JCPD) o del Juez competente, a fin de que resuelva lo que corresponda según lo establece la Ley. Para esto se realizará un informe técnico que explique lo que esta ocurriendo, junto con un oficio firmado por la autoridad máxima del Centro, en la que se soliciten las medidas que se consideren adecuadas conforme a lo establecido en la Ley.

Fase Tres: aprestamiento para la salida

Para los adolescentes que tienen medidas socioeducativas, esta fase se inicia conjuntamente con el PIAM y PGF. La pregunta de inicio es ¿se ha dado el cambio esperado? Si la respuesta es negativa se debe regresar a los subprocesos PIAM y PGF, a fin de replantearlos con base en los resultados de la evaluación. En la práctica, el proceso de evaluación se establece a través del estudio de caso, en base al informe y la intervención ponderada de cada profesional que forma el equipo técnico lo cual queda registrado en el anexo 7 que corresponde al Plan Individual de Aplicación de la Medida PIAM (Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores, 2020).

Si la respuesta es afirmativa se inicia el subproceso de preparación para el desenlace, se parte de la revisión y evaluación del acompañamiento brindado al menor y el logro de sus

metas o sueños, expresados de forma verbal, gráfica o escrito en su proyecto de vida. Se debe evaluar objetivamente las circunstancias y los riesgos que van a rodear al adolescente cuando salgan del internamiento.

Por ejemplo, qué riesgos tiene el adolescente de regresar a vivir en el mismo lugar que residía antes de ser detenido. A fin de lograr esto el equipo, realiza recomendaciones orientadas a ofrecer alternativas de protección para el menor. Con esta información se elabora el plan de preparación para el egreso. La meta es analizar la situación y generar condiciones funcionales donde el adolescente pueda tomar decisiones propias.

Fase Cuatro: post internamiento

La fase de post internamiento se inicia con evaluación de las actividades desarrolladas en el subproceso preparación para la salida. Con esta información se planifican las acciones para acompañar al adolescente y su familia. El objetivo es que el equipo técnico del CAI realice el acompañamiento al menor y a sus familiares.

El modelo socio-psico-pedagógico que se debe desarrollar con las y los adolescentes privados de la libertad debe garantizar que el menor obtenga herramientas para reconstruir su proyecto de vida, que cuide de su salud integral, que acuda permanentemente a los servicios de salud, adquisición de habilidades para encontrar y mantener un trabajo estable y por ultimo las relaciones afectivas y familiares le apoyan en su desarrollo.

1.2.3.4. Características de los adolescentes infractores en Ecuador:

Para comprender su estructura y los rasgos de personalidad, el Ministerio de Justicia realizó una investigación sobre el ser adolescente, dirigido al personal y a los adolescentes infractores, que llegó a las siguientes conclusiones respecto a sus rasgos descriptivos: son violentos, maltratadores, presentan conflictos en su personalidad, explosivos, inseguros, baja autoestima, problemas de alcoholismo y drogas, poca tolerancia a la frustración, agresivos, responden al hecho de ser maltratados, desertores de la escuela, hijos de migrantes y manipuladores

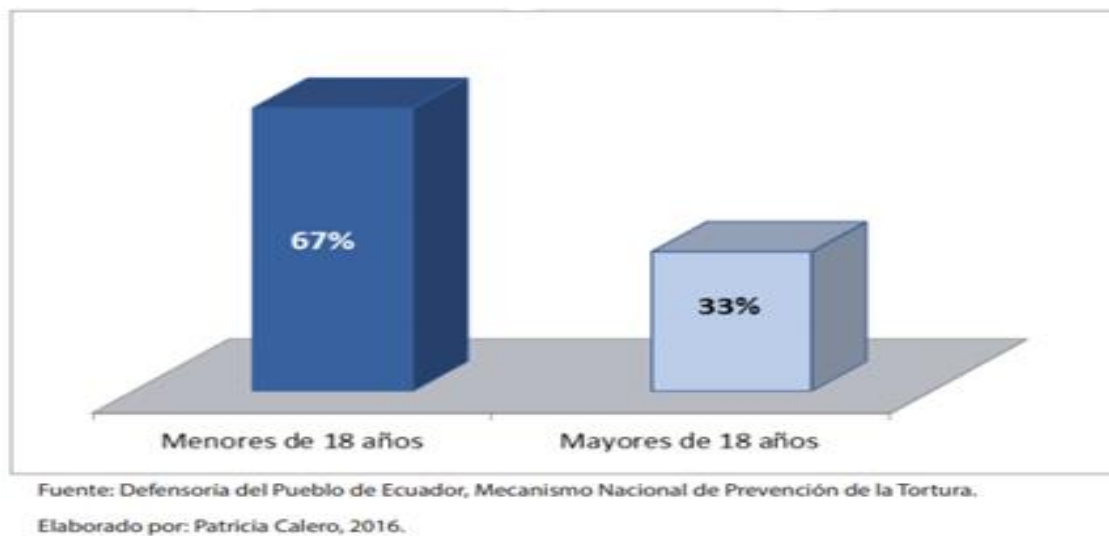
(Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2015). Dichos rasgos de personalidad y las conductas delictivas proyectan la complejidad de la atención que se les debe brindar y la necesidad de perfeccionar modelos de atención e intervención, aunque también y en un sentido crítico, también la importancia de velar por procurar una aproximación menos estigmatizada y menos centrada en el “defecto” y más en sus necesidades.

Estadísticamente en los centros de adolescentes infractores entre diciembre del 2007 a julio del 2008 se contabilizaron 4.798, el año 2009 fueron 5.324 (Velasco, Álvarez, Carrera & Vásconez, 2014), de los cuales el 91% eran hombres y el 9% restante correspondía a mujeres. Después, en el año 2012 se registraron 10.198 y el año 2013 los adolescentes privados de su libertad fueron 9.122. En base a los datos presentados, la delincuencia juvenil en Ecuador es un conflicto claramente creciente.

Para el análisis en detalle, a continuación, se muestran los resultados de la información levantada en los centros, a marzo del año 2016 (Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2016), se encontraban un total de 530 adolescentes de los cuales 19 eran mujeres, lo que representa un 3,58%. Más de 340 del total de AI, que representan el 67%, son menores de 18 años de edad, en tanto que 33% son mayores de 18 años (Figura 3).

Figura 3

Edad de los adolescentes internos

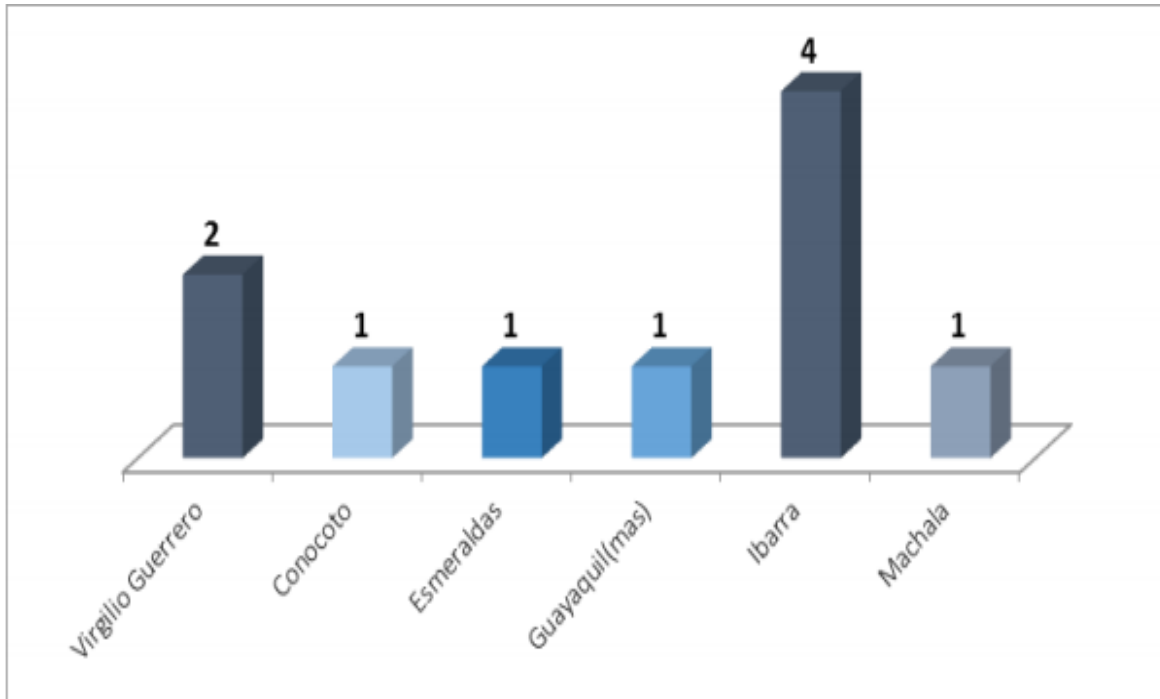


En cuanto a la raza, el 74,26% de los AI se auto identifican como mestizos, el 19,82% como afrodescendientes, y el 5,69% como indígenas. Existen cuatro adolescentes infractores con discapacidad, tres en el Centro de Guayaquil (masculino) y uno en el CAI de Cuenca.

En lo que atañe a la sexualidad, no existían adolescentes embarazadas en los centros, tampoco se contaba con registros que permitieran identificar la orientación sexual de las y los adolescentes. Del total de los AI, diez son extranjeros; de ellos uno es refugiado, nueve son hombres y una mujer (Véase gráfico 4).

Figura 4

Adolescentes extranjeros internos por CAI-Ecuador



Fuente: Defensoría del Pueblo de Ecuador, Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.
Elaborado por Patricia Calero, 2016.

Otro tema de interés constituye su procedencia. Más de 200 adolescentes están internados en centros que se encuentran fuera de su provincia de origen. Si bien en algunos casos se encuentran en provincias vecinas, hay otros en los que las distancias son mucho mayores: el Centro Virgilio Guerrero (Quito), tiene adolescentes de El Oro y Guayas; en el CAI Masculino de Guayaquil, se encuentran internos adolescentes de Pichincha y Orellana; el CAI de Cuenca tiene adolescentes provenientes de Esmeraldas y Pastaza; el CAI de Loja tiene internos de Esmeraldas; el de Riobamba cuenta con adolescentes de El Oro, Orellana y Santo Domingo de los Tsáchilas; el CAI de Ibarra alberga adolescentes de Los Ríos, Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas; y, el CAI de Machala tiene internos adolescentes de Ibarra y Esmeraldas.

Desde la óptica del Consejo de Judicatura del Ecuador (2020), en el periodo del 16 de marzo al 05 de junio del 2020 (época de pandemia por covid-19), existieron 204 causas en materia de AI, de ellas 147 prosiguieron, 48 tuvieron terminación anticipada y 9 no se calificó la flagrancia. También en el mismo periodo, se aplicaron al 21 % Medidas cautelares Privativas de libertad, y al 79% Medidas cautelares no Privativas de libertad. Y los cambios de régimen

de AI en el mismo periodo se dieron así: Cumplimiento de medida socioeducativa privativa de libertad (52); Cumplimiento de internamiento preventivo (56); Otorgamiento de cambio de régimen (105); Otros tipos de salida (Suspensión de proceso, acuerdo conciliatorio, internamiento domiciliario) (73). En el período de análisis, 286 adolescentes han egresado de los CAI a nivel nacional. De ellos, 105, es decir el 36%, han egresado por haberse solicitado y aplicado cambios de régimen a semi abierto y abierto. Mientras que 73 adolescentes, es decir, el 25%, egresaron por aplicación de formas de terminación anticipada como: la conciliación, la suspensión del proceso a prueba.

1.2.3.5 Reincidencia delictiva.

Según la Real Academia Española (2014), en su segunda acepción, reincidencia es: “circunstancia agravante de la responsabilidad criminal, que consiste en haber sido el reo condenado antes por un delito análogo al que se le imputa”.

Para el Código orgánico integral penal ecuatoriano, en su artículo 57, “Reincidencia. - Se entiende por reincidencia la comisión de un nuevo delito por parte de la persona que fue declarada culpable mediante sentencia ejecutoriada. La reincidencia solo procederá en delitos con los mismos elementos de tipicidad de dolo y culpa respectivamente. Si la persona reincide se le impondrá la pena máxima prevista en el tipo penal incrementada en un tercio” (Código Orgánico Integral Penal, 2014, p. 46). La “reincidencia” se diferencia de la “reiteración” delictiva en que esta última consiste en el número de expedientes que el menor ha acumulado durante su trayectoria en los Juzgados de Menores (Cuervo & Villanueva, 2013).

En cuanto a la naturaleza de los delitos que son causantes de la reincidencia, la misma se clasifica en: genérica y específica.

1. La Reincidencia Genérica (propia) tiene en cuenta la insistencia del delincuente en su voluntad de violar la ley sin fijarse si las sanciones que se hayan impuesto por ello lo sean por tal o cual delito.

2. La Reincidencia Específica. - Toma en cuenta la naturaleza del ilícito; o sea considera la pena por idéntico o similar delito, por la cual ya fue condenado; en este caso la doctrina considera que la tendencia criminal es idéntica, por esta razón hay que diferenciar entre delitos dolosos y culposos, entre delitos y contravenciones.

En el caso de Ecuador, su sistema penal ha adoptado a la reincidencia específica, esto quiere decir que la nueva condena debe ser por idéntico o casi idéntico delito (con los mismos elementos de tipicidad de dolo y culpa respectivamente), por el cual ya fue condenado.

En ésta misma orden de cosas, pero desde otro enfoque. El fenómeno de la delincuencia juvenil requiere disponer de datos cuantitativos actualizados y comparables que permitan conocer de un modo fiable la verdadera dimensión del problema (Diario Oficial de la Unión Europea, 2006). El sistema de rehabilitación de menores no debería estar ajeno a un control de calidad periódico mediante estadísticas confiables que respondan a objetivos específicos de análisis. La reincidencia, en parte, debe de ser entendida como un fracaso de las instituciones de justicia responsables de la intervención con los/as menores infractores, así como de los organismos socioeducativos destinados a prevenir la delincuencia juvenil. Frecuentemente se estudian los casos de reincidencia para evaluar la efectividad del sistema y puede ser cierto dependiendo de los parámetros de medición que se elijan. Pero no solo se reduce a eso. Como todo fenómeno complejo, la reincidencia puede entregar información genérica e indiciaria sobre, por ejemplo: (1) La aceptación pública de las medidas de seguridad adoptadas según la presión política o mediática ejercida sobre determinados delitos o lugares; (2) de la selectividad de los controles policiales; (3) del diseño de la política criminal; (4) de la real posibilidad de reinserción social de las personas que pasan por una cárcel; (5) de las políticas sociales dirigidas a generar oportunidades laborales, de vivienda, de tratamientos de salud acordes, de tratamiento de adicciones, etc.

Por otro lado, entre las variables relacionadas con la reincidencia delictiva (desde una visión

global), y atendiendo a la posibilidad de intervención, se puede apreciar que la mayoría de ellas son de naturaleza estática, es decir, no hay posibilidad de intervenir sobre ellas (antecedentes penales del menor, violencia en el delito base, víctima de maltrato físico, problemas mentales familiares y antecedentes penales familiares), si bien pueden ser trabajadas desde el ámbito de la prevención pudiendo ser consideradas factores parcialmente modificables (Redondo et al., 2011). Atendiendo a los factores de riesgo dinámicos, encontramos que las variables del menor “tener iguales disociales” y “familiares con consumo de tóxicos” se encuentran relacionadas con la reincidencia. En este caso, la naturaleza de las variables permitiría trabajar con el menor y su entorno para minimizar el efecto que pudieran provocar.

Con respecto, a los datos de la reincidencia de los AI, resultó compleja la tarea de recoger información acerca de estadísticas en poblaciones de adolescentes infractores, no sólo del Ecuador sino de los diferentes países. Las principales barreras que se encuentran van entre las diferentes metodologías utilizadas para el levantamiento de información, distintos códigos penales, bases de datos desactualizadas, entre otros. Cabe señalar, que las cifras a presentar no representan por sí mismas un determinante para conclusiones del universo estudiado (adolescentes infractores), por la razón antes mencionada y las cuales se añaden variables propias de la reincidencia como lo son, el tipo de delito cometido, el tiempo en el que se volvió a cometer un acto delincuencia, el proceso judicial experimentado y las medidas socioeducativas aplicadas, el tiempo de seguimiento que se le da al menor infractor.

En el estudio de metaanálisis realizado por Ortega, García y Frías en España (2014) se encontraron unos índices de reincidencia (entendiendo la misma como una nueva entrada del menor en el sistema penal juvenil una vez se había dictado una sentencia previa), que irían desde el 26,89% al 34,45%, cifras en consonancia con otros estudios norteamericanos y europeos.

En el caso de algunos países de América, se logró posicionar los siguientes resultados,

correspondiendo el mayor índice las estadísticas de Chile, con un 38% general de reincidencia, seguido de Colombia con un 21%, México con un porcentaje de 13% y en el caso de Ecuador cuando, se aplican medidas alternativas al internamiento, el nivel de reincidencia es de apenas el 3%, mientras que, al contrario, el 90% de los jóvenes en internamiento institucional reinciden (Defensoría Pública del Ecuador, 2013). Además, según Limaico y Briceño (2020), las medidas socioeducativas aplicadas a los AI en Ecuador (CAI-Guayaquil) no logran los resultados esperados como es la protección y desarrollo del AI ni tampoco garantizan su inclusión de manera constructiva a la sociedad, lo cual se evidencia porque la mayoría de AI que están en el centro de internamiento han tenido con anterioridad otro tipo de medidas socioeducativas.

1.3. Síntesis y conclusiones.

En resumen, el presente capítulo se ha desarrollado en tres niveles, el primero hace referencia a los principales instrumentos internacionales de derechos de niños, niñas y adolescentes, en el cual se ha comprobado desde la formalidad, que existe una incorporación y desarrollo de la doctrina de la protección integral y políticas particulares más progresistas en gran parte de la normativa. Luego, en un segundo nivel, ocurre algo parecido a lo anterior: en las leyes ecuatorianas la implementación de la normativa es, al menos, formal. Es decir, en la normativa constitucional ecuatoriana e infra constitucional se comprobó que los estándares estaban incorporados al régimen de juzgamiento de adolescentes infractores. En el tercer nivel, se analizó el estado de imputabilidad, los centros de internamiento de adolescentes infractores, el procedimiento que se establece en la acogida y el proceso de atención que involucra la intervención institucional durante el tiempo que dura la medida, para finalmente establecer estadísticas de los menores infractores en el Ecuador.

Para iniciar, la primera conclusión es que el estado ecuatoriano cumpliendo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, considera en su legislación, que hasta la edad de doce años son inimputables. En consecuencia, los adolescentes (12 a 18

años) que cometan infracciones tipificadas en la legislación penal de adultos, estarán sujetos a medidas socioeducativas por su responsabilidad, de acuerdo con los preceptos establecidos en el Código de la Niñez y Adolescencia.

Una segunda conclusión, se establece a partir de la suscripción de la Convención, la comunidad internacional reconoce y proclama que no son simples objetos del derecho, sino que se convierten en sujetos de derecho, capaces de ser considerados titulares de todos los derechos inherentes a su condición de seres humanos, pasando de ser objetos de conmiseración a ser sujetos de consideración. Por otra parte, aquello se plasma en el concepto del interés superior de los niños, niñas y adolescentes, estableciendo incluso, que sus derechos prevalecen por sobre los del resto. Además, el interés superior no es sino el reconocimiento de todos los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos.

Una tercera conclusión, reconoce que existe un sistema judicial y una infraestructura de centros de internamiento de adolescentes infractores en el Ecuador (11), que facilitan la implementación del proceso de restablecimiento de derechos en los AI. a través de un modelo de gestión que se desarrolla en 4 fases: en primer lugar, el análisis y conocimiento de la situación del adolescente, en segundo lugar la intervención médica, educativa, psicológica y social, en tercer lugar, la preparación para la salida del AI y finalmente el seguimiento fuera de la institución.

Con respecto a la atención psicológica, el profesional debe crear un ambiente de confianza, antes, durante y después de la primera entrevista, previo a la emisión de los primeros informes. El Psicólogo, tendrá que elaborar un informe de carácter privado, indagando acerca de la perspectiva que tiene con respecto al delito que lo acusan, identificar su opinión y valoración de lo sucedido. Además, es fundamental obtener información sobre los rasgos de su personalidad, destrezas de aprendizaje, adicciones, estado anímico, hábitos, gustos y

debilidades del menor, para llegar a un diagnóstico y proponer alternativas de intervención.

Para concluir, la poca información que se ha podido obtener sobre la evaluación del sistema de intervención en AI en el Ecuador, refleja la necesidad de mayor investigación en el tratamiento de menores privados de libertad. Y los pocos estudios encontrados, demuestran que no son muy alentadores los resultados y es imperioso que se planteen propuestas diferentes a las que actualmente se aplican. Se trata de un punto medular, ya que la selección, diseño y aplicación del tratamiento en AI comienza con la evaluación de las necesidades y carencias relacionadas con su actividad delictiva. Luego, el programa seleccionado tiene que aplicarse de la manera más completa posible y según la temporalización prevista, para terminar con la evaluación de la eficacia del tratamiento aplicado.

Capítulo 2. Modelos de intervención en adolescentes infractores

La Psicología no puede decir a la gente como deberían vivir sus vidas. Sin embargo, puede proporcionarles significado para un cambio personal y social efectivo. (Bandura & Richard, 1974).

Introducción

Se define al adolescente infractor (AI) como la persona que ha cometido acciones antisociales o fuera de la ley penal (Código de la niñez y adolescencia, 2011; United Nations F, 2017) y a razón de sus conductas desadaptativas se le aplican medidas socioeducativas, de conformidad a la trayectoria delictiva, vulnerabilidad y exclusión social, quedando enmarcadas dichas medidas en la idea de que a mayor vulnerabilidad y exclusión social mayor probabilidad de transitar a la delincuencia juvenil y de profundizar en las conductas delictivas (Arriola, 2016; Gil et al., 2018; Ramírez & Pérez, 2017), precisamente aquello que se pretende evitar.

Asumiendo que, el AI ha sido privado de su libertad en un centro de internamiento, las medidas de intervención desde el ámbito psicológico son variadas y los principios teóricos difieren considerando cada caso de manera singular, así como los objetivos de la terapia. A continuación, se exponen un compendio de los modelos más utilizados en la actualidad.

2.2. Tipos de intervención.

2.2.1. Modelo Socioeducativo

Se desprende de la pedagogía social y en la última década ha sido de gran popularidad en Estados Unidos (Del Pozo, 2018; Piña, 2018; Romano & Mouján, 2015; Uceda & Domínguez, 2017). Su fundamento teórico, toma como base las aportaciones culturistas de Hermann Nohl (1968), las cuales refieren sobre la interacción del individuo y su relación con el medio ambiente (Rincón, 2016). Además, incorpora los postulados propuestos por Durkheim (1985) sobre el método sociológico, para así consolidarla.

El objetivo del modelo es “proporcionar los soportes necesarios para facilitar las relaciones humanas, promover la madurez social, preparar a las personas para la vida en comunidad,

incentivar nuevas posibilidades sujetos durante las diferentes etapas de la vida y generar procesos de inclusión social” (Bernal, 2017, p.30). Es decir, la capacidad de interrelacionarse con otras personas, promoviendo su autonomía, integración, participación crítica, constructiva y transformadora en el contexto sociocultural que le rodea (Serrano, 2017).

En consecuencia, el principio del modelo socioeducativo es la reinserción social y educativa, garantizando así, el bienestar del adolescente a través de la protección de sus derechos y libertades fundamentales, incluso considerando a la familia como primera red de apoyo (Murga, 2019). Este enfoque apunta su accionar en las dimensiones éticas, políticas, sociales y comunitarias de la educación puesto que está tradicionalmente vinculada a los problemas, necesidades y situaciones de riesgo individuales y colectivos, a fin de mejorar las condiciones de vida como lo fuere en el caso de los AI (Melendro, 2018).

Del Pozo y Astorga (2018) definen este modelo como:

...práctica socioeducativa (tradicionalmente no formal) para la prevención, acción y rehabilitación en pro de la madurez social del individuo y/ o colectividad; la formación socioeducativa y sociocultural en todos sus ámbitos; así como la promoción, participación y potenciación personal y comunitaria desde los Derechos Humanos, a fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar. (p. 170).

Del mismo modo, para hablar de la eficacia de las intervenciones con orientación socioeducativa, señalamos un estudio (Rodríguez et al., 2018) realizado en jóvenes varones españoles cumpliendo una medida judicial de internamiento, cuyos resultados se asocian con el vínculo con los educadores ($p < .01$); se concluyó que se debe reconocer el vínculo entre los jóvenes y el equipo educativo, destacando el papel de los educadores y el trabajo que realizan.

Según González (2018) existen factores como la conciencia del problema, el ajuste psicosocial del menor infractor y la actitud hacia la terapia y el terapeuta, que afectan de manera directa la eficacia de la intervención, y la participación en la psicoterapia no es garantía de

verdadera motivación para el cambio. Continuando con esta línea, Guirao y Bas (2013) afirman que los AI van arrastrando serios inconvenientes (deserción escolar, disfuncionalidades del entorno familiar y social, entre otros), por ello, una vez terminado el periodo de institucionalización las medidas socioeducativas no resultan ser tan eficaces como se desearía, ya que vuelven al mismo entorno disfuncional en el que se encontraban. Según, Pairazamán (2018), es la falta de supervisión en su entorno cotidiano lo que supone un nuevo tropiezo y el cometimiento de nuevos delitos. Para Ferari y Garrido (2018), si bien reconoce la importancia de la medida socioeducativa impuesta, ya sea o en un régimen atenuado o de extensión reducida, propone que la educación sea garantizada, dando continuidad al ciclo escolar una vez que el adolescente recobre su libertad ambulatoria.

Para concluir, un condicionante importante (Ávila, 2017) que se destaca en instituciones de reeducación, es el acompañamiento familiar reducido o escaso, que limita el desarrollo de medidas restaurativas ante los daños recibidos durante la vida del adolescente. De igual forma, el alejamiento de la familia produce un elevado nivel de resistencia para asumir el proceso de atención integral, tornándose renuente a aceptar modificaciones en su comportamiento, aunque le sean favorables.

2.2.2. Modelo Psicoeducativo

Se desarrolla en Estados Unidos en los años 80 por los autores Anderson, Hogarty y Reiss (1980). Se basa en un constructo teórico-filosófico que concibe al ser humano como un individuo con un carácter único, confirma y reconoce la dignidad humana por sobre cualquier circunstancia e invita al respeto incondicional de cada ser humano más allá de cualquier discurso político o social. Es también un compromiso con las personas más vulneradas de la sociedad. Ha promovido la inserción de jóvenes con conductas infractoras a la ley y el tratamiento de consumo problemático de sustancias psicoactivas en contextos latinos (Padilla y Paes, 2016).

El enfoque psicoeducativo resalta dos principios, el primero a la persona en una dinámica de cambios en los planos: físico, afectivo, cognitivo, social, moral y espiritual; el segundo, hace referencia a las dificultades que constantemente aparecen entre el sujeto de la intervención (AI) y el operador/terapeuta, pues esta interacción implica una gran cantidad de acciones por parte del operador quien representa a la sociedad y quien es responsable de la relación de acompañamiento. Una persona con dificultades (AI) atrasa su desarrollo en los planos mencionados lo que implica el desequilibrio (Padilla & Paes, 2016).

Por lo tanto, las intervenciones psicoeducativas con AI se encaminan a reducir los factores de riesgo dinámicos de la actividad delictiva (Vilariño et al., 2013), es decir, la disminución de la frecuencia del comportamiento antisocial y para evitar que aparezcan las conductas antisociales (Rey, 2014). El trabajo terapéutico con los adolescentes deberá empezar por recuperar toda la estructura que conecta a individuos, familia y profesionales (Campoverde & Quiroga, 2016) de manera que se determine dónde está la cuerda-guía fundamental que sostiene el conjunto de la red de apoyo, para ello es necesario construir una hipótesis global que permita compartir el objetivo común de ayudar a la reinserción total.

En efecto, LeBlanc (1983) en un estudio aplicando el modelo psicoeducativo en adolescentes Canadienses, pudo demostrar que el 65% de los jóvenes que habían participado en el programa durante al menos 1 año, no habían cometido reincidencia después de 2 años de su estadía en Boscoville (institución semi cerrada para adolescentes).

2.2.3. Modelo cognitivo conductual.

El modelo fue consolidado en base a los postulados teóricos de la terapia cognitiva de Ellis (1974), para trabajar sobre el sistema emocional y tomando en cuenta la parte conductual (Bandura & Richard, 1974), teniendo como propósito reconocer y cambiar el sistema cognitivo comportamental (Treviño & Rodríguez, 2012).

Para Ellis (2006) en lo que respecta a la orientación cognitiva, sostiene que tiene por

objetivo, identificar pensamientos y creencias irracionales recurrentes, responsables del funcionamiento comportamental inadecuado, modificarlos mediante técnicas específicas que involucran un análisis sobre el proceso cognitivo y la respuesta conductual para una mejor adecuación personal y social (Fernández et al., 2015; Yauri & Yauri, 2018).

Para Ellis (2006) las ideas irracionales son aquellos pensamientos de naturaleza supersticiosa, sin sentido o causa aparente y generalmente poco cuestionados que aparecen en el diario vivir y que pertenecen a temas variados; cuando estas elucubraciones no se cumplen, es cuando surge los pensamientos automáticos dando lugar a las neurosis (Malhotra & Kaur, 2015; Turner & Davis, 2019).

Acerca de la conceptualización del modelo, en Ellis (2006), Bandura (1974) y Finney, Wilbourne, & Moos (2007), sostienen que la terapia se basa en el empirismo colaborativo, se enfoca en los denominados pensamientos automáticos (también llamados irracionales), que fluyen a través de un pensamiento o imagen, haciendo su aparición en una situación determinada. Una de sus principales características es que no son fáciles de detectar ni controlar pues estos exageran lo negativo, se presentan como creíbles y aparecen inconscientemente (Díaz & Vasquez, 2018). El sistema cognitivo (Beck et al., 2016) está representado por la relación que puede darse entre S - P - R. Siendo "S" el estímulo o situación, "P" el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos) y "R" la respuesta o reacción. En base, a las respuestas-conductas que se obtengan, estas pueden ser emocionales, conductuales o fisiológicas. Con su modelo denominado ABC (Beck et al., 2015) establece la relación retroalimentada ente las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos. Así las ideas irracionales, están fundadas por pensamientos y emociones, compuestas por pensamientos que se encuentran reprimidos en el preconscious (De La Cruz, 2019) .

Ciertamente, el principio que rige la intervención mencionada es el presupuesto teórico de que emoción y pensamiento no son procesos que se desarrollen de una manera aislada y sin

relación entre sí (Ellis, 2006). En casos, relacionados a contextos afines a los AI, la terapia cognitiva en las adicciones (Heredia et al., 2018) representan la integración de teorías behavioristas y aprendizaje social (Bandura & Richard, 1974) y la terapia cognitiva de (Finney et al., 2007) se enfoca en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el individuo tiene sobre sí mismo. Por esa razón, la terapia responde a necesidades de intervención en salud, educación y comunidad (Zambrano, 2018).

Por último, ciertos autores (Gutiérrez et al., 2018) exponen que intervenciones cognitivo-comportamentales han conseguido la disminución de conductas delictivas en AI con desórdenes en el estado de ánimo, reducción del insomnio y casos de estrés postraumático, entre otros.

También, Orejarena (2015) aplicando el enfoque cognitivo-conductual en AI Colombianos y utilizando técnicas como identificación de ideas irracionales, reestructuración cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones, modelamiento, ensayo conductual, instrucción verbal y retroalimentación, logró reducir la sintomatología y modificar comportamientos disfuncionales teniendo en cuenta los puntajes iniciales y finales en las Escalas de Evaluación de la Actividad Global donde presentaron un aumento promedio de 19.3 puntos.

En cuanto a su eficacia, Martínez-Catena y Redondo (2013) señalan que la eficacia terapéutica en AI en las intervenciones de corte cognitivo conductual tienen un tamaño del efecto promediado de $r = 0.12$, e incluso podrían llegar a alcanzar una eficacia a $r = 0.25$.

2.2.4. Modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR)

Se desarrolló en Canadá en la década de los 80, posteriormente fue formalizado en los 90 (Andrews et al., 1990; Bonta & Andrews, 2006), siendo utilizado prevalentemente en diagnóstico y tratamiento de infractores de la ley (Bonta & Andrews, 2006) tomando como base los principios de riesgo, necesidad y responsividad, encauzando así la intervención para reducir la posibilidad del individuo de reincidir en la conducta delictiva. Es necesario subrayar,

que el modelo se fundamenta en la Teoría del Aprendizaje Cognitivo Social (Andrews et al., 2011; Bonta & Andrews, 2006 ; Ferrer & Capdevila, 2016; Vega et al., 2018) destacando la importancia del uso de herramientas tecnológicas y metodológicas relacionadas con la conducta delictiva. Se expone algunos aspectos relevantes a continuación:

1. Utiliza instrumentos de valoración del riesgo basados en la evidencia (evidence-based risk instruments) para determinar las necesidades de intervención.
2. Hacer coincidir correctamente el nivel de intervención con el nivel de riesgo del infractor (máximo riesgo-máxima intervención; mínimo riesgo-no intervención)
3. Utilizar las intervenciones correctas, dirigidas a las necesidades específicas de cada persona.
4. Tener en cuenta el modo en que cada persona es capaz de aprender, cuidar su motivación, implicarla efectivamente.
5. A pesar de que los instrumentos recogen muchos factores, el profesional debe obtener una perspectiva única, global y comprensiva de cada persona.
6. El principio de riesgo teoriza el nivel de tratamiento que se provee al AI, debiendo ser proporcional al riesgo de reincidencia, valiéndose de instrumentos como la versión validada en español de la escala Youth Level of Service/Case Management Inventory, YLS/CMI (Chesta & Alarcón, 2019) y el instrumento de predicción del riesgo *Structured Assessment Violence Risk in Youth, SAVRY*.
7. El principio de riesgo se basa en la capacidad de evaluar o predecir la conducta delictiva, el principio de necesidad apunta a la evaluación de las necesidades criminógenas del sujeto, de modo que éstas orienten la dirección del tratamiento, y por último, el principio de responsividad se basa en maximización de la capacidad del sujeto para aprender mediante un tratamiento cognitivo-conductual y la adaptación de la intervención al estilo de aprendizaje, motivación, habilidades y puntos fuertes (recursos) del infractor.

Lo ideal sería que terapeutas cálidos y optimistas, bien entrenados y supervisados aplicarían estos principios usando las técnicas cognitivo-conductuales más efectivas para tratar el riesgo delictivo (De Lasala, 2013)

Según Miranda & Zambrano (2017) los factores de riesgo en los AI se ven potenciados por la edad del adolescente, por ello han puesto énfasis en la prevención del comportamiento transgresor en etapas tempranas, puesto que quienes inician carreras delictivas tempranamente tienen más posibilidades de mantener ese comportamiento, incluso más allá de la adolescencia. Otros factores de riesgo importantes asociados con tasas más altas de reincidencia son los pares antisociales a la edad de línea de base del comportamiento antisocial sancionable, problemas en la escuela y criminalidad en familiares (Ortega et al., 2016).

En conclusión, para este modelo, el éxito de la intervención está en la disminución de la reincidencia, por ello conceptualiza el riesgo de reincidencia, como las características y circunstancias personales del individuo que se asocian a una mayor probabilidad de actividad delictiva futura (Becerra & Alvarado, 2013). Hay que señalar también, que el trabajo terapéutico va dirigido, además de a disminuir los factores de riesgo a potenciar las fortalezas, es decir, a los recursos personales adaptativos que tiene todo individuo.

2.2.5. El Modelo Multisistémico (MST)

El Modelo Multisistémico (Multisystemic Treatment of antisocial behavior in children and adolescents) propuesto por los estadounidenses Henggeler y su equipo (Henggeler, 2012; Henggeler et al., 2009) constituye un programa basado en la Teoría de Sistemas (Melendro, 2014) dirigido a niños y adolescentes con conductas antisociales, cuyo objetivo es identificar aquellos factores que pueden favorecer la conducta irresponsable por parte del joven y la familia. Toda la intervención se desarrolla con la ayuda de los mismos. Añade intervenciones dentro y fuera del sistema familiar, como los amigos, la escuela y la comunidad (Requena & Sánchez, 2016). Las características clínicas y principios para definir la MST se apoyan en los correlatos de las conductas disociales, así como en la teoría social-ecológica de Bronfenbrenner

(1979), la cual concibe al individuo y a su comunidad como sistemas interconectados con influencias dinámicas y recíprocas. A continuación, se detallan los principios del Modelo (Henggeler, 2012):

1. Encontrar el “ajuste”: El objetivo principal de la evaluación es comprender el “ajuste” de los problemas identificados con sus contextos sistémicos generales y de qué manera los problemas identificados “tienen sentido” en el contexto de la ecología social del joven.

2. Enfoque Positivo y centrado en las fortalezas: Los contactos terapéuticos enfatizan lo positivo y emplean las fortalezas sistémicas como resortes para el cambio positivo.

3. Incrementar la responsabilidad: Las intervenciones han sido diseñadas para promover la conducta responsable y reducir la conducta irresponsable entre los miembros de la familia.

4. Intervenciones centradas en el presente, orientadas a la acción y bien definidas: Las intervenciones están centradas en el presente y orientadas a la acción y abordan problemas específicos y bien definidos.

5. Identificar secuencias: Las intervenciones identifican secuencias de conducta dentro de y entre los múltiples sistemas que fomentan los problemas identificados.

6. Intervenciones evolutivamente adecuadas: Las intervenciones son evolutivamente apropiadas y se ajustan a las necesidades de desarrollo de los jóvenes.

7. Esfuerzo continuado: Las intervenciones son diseñadas para que se requiera hacer un esfuerzo diario o semanal por parte de los miembros de la familia, mediante el cual se ofrecen al joven y a su familia frecuentes oportunidades de mostrar su compromiso con el tratamiento.

8. Evaluación y responsabilidad: La efectividad de la intervención es evaluada continuamente desde múltiples perspectivas y los miembros del equipo de MST asumen su responsabilidad en la superación de las barreras que impidan obtener resultados exitosos.

9. Generalización: Las intervenciones están diseñadas para promover la generalización del tratamiento y el mantenimiento del cambio terapéutico a largo plazo, y esto se logra

potenciando en los cuidadores habilidades para atender las necesidades familiares en múltiples contextos sistémicos.

El principio de intervención bajo el que opera el MST es la modificación de la estructura familiar y el establecimiento de límites. El psicólogo interviene a la familia y construye el sistema terapéutico que guiará el proceso centrándose en redefinir el síntoma y la problemática, mediante el análisis de las dinámicas inherentes al conjunto familiar (Claver & Schade, 2018; Henggeler, 2012; Tolan & Deborah, 1997)

Conviene destacar que MST constituye una innovación en cuanto a intensidad y calidad de intervención psicosocial en América Latina, producto de 30 años de investigación científica. Se han acreditado reducciones de reincidencia en el delito que oscilan entre 30% y 70% en distintas experiencias de implementación (Martorell, 2019). Ha sido adoptado como parte de las políticas de prevención y justicia juvenil en países como Chile (Pantoja, 2015), logrando cambios en la conducta en períodos de 3 a 5 meses de tratamiento y la rapidez del resultado se explica porque toda la terapia se desarrolla en la casa de la familia, con los padres/cuidadores, familiares, amigos y escuela de los niños. Se seleccionan figuras claves a quienes se enseñan cambios en esquemas de cuidado y supervisión de los niños. Además, existe un completo sistema de aseguramiento de la calidad de la intervención consistente en evaluaciones, supervisiones y capacitaciones constantes; de tal modo que los resultados puedan ser evaluados con seguimientos de casos (Burky, 2017) de aproximadamente 4 años.

2.3. Justificación de la aplicación de la Terapia centrada en la compasión en adolescentes infractores

El fenómeno de la compasión no es un concepto nuevo (Goetz et al., 2010; Kirby & Gilbert, 2017), como se ha dicho, durante los últimos 20 años, ha existido un interés creciente en la investigación sobre los efectos beneficiosos de cultivar la compasión, que implícitamente conduce a desarrollar una conducta prosocial. Durante mucho tiempo se ha trabajado en su

conceptuación y, las intervenciones, al principio en personas que presentaban vergüenza y trastornos del estado de ánimo, se han ido extrapolando a otras problemáticas y, en la actualidad se aplica a múltiples trastornos y mejora del bienestar psíquico en general.

Es necesario destacar que la compasión promueve el bienestar individual y promueve la salud mental (Cosley et al., 2010; MacBeth & Gumley, 2012). Pero, también cultivar la compasión por y para uno mismo se ha convertido en un foco central dentro de la psicoterapia, porque entre sus objetivos está promover la estabilidad emocional y el cambio de sentimientos y emociones, o sus funciones, para conseguir un mejor equilibrio y adaptación de la persona intervenida.

En este contexto, la terapia centrada en la compasión (CFT) puede ser un objetivo prometedor sobre el cual centrar la intervención psicoterapéutica, particularmente para individuos con altos niveles de autocrítica, y se ha convertido en uno de los novedosos enfoques con una base de evidencia que se encuentra en expansión. Esta conclusión se deriva de una revisión sistemática de 3431 archivos en diferentes bases electrónicas realizada por Leaviss y Uttley (2015). Además, la aplicación de la regla de oro (Amstrong, 2011) nunca trates a los demás como no te gustaría que te traten a ti mismo, favorece el reconocimiento de las emociones y sentimientos de los otros. La posibilidad de desarrollar en los AI amor y cuidado por sus padres primero y luego a sus familiares, facilitando que cada vez más desarrolle empatía por sus semejantes.

Como ya se ha comentado, la CFT se desarrolló para centrarse en personas que tenían problemas de salud mental, principalmente vinculados a niveles elevados de vergüenza y autocrítica a quienes les resulta muy difícil generar sentimientos de seguridad y comodidad tanto en ellos mismos como en los demás.. A este nivel es plausible plantear que una gran parte de los AI son personas que pueden presentar un alto nivel de vergüenza debido a la desaprobación social que reciben, no sólo a su acción delictiva, sino que también pueden sentir

un rechazo a su persona, con el estigma que ello supone (Santos, 2002). La vergüenza ha sido reconocida como un importante elemento que forma parte de una variedad de problemas de salud mental y propensión a la agresión (Gilbert, 2003; Tangney & Dearing, 2002). Agresión hacia el otro y hacia sí mismo. De hecho las personas con fuertes sentimientos de vergüenza pueden autolesionarse o suicidarse para evitar la vergüenza y lo que ello implica. La agresividad se ha venido a considerar en determinados casos clínicos como problema de conducta y puede manifestarse como conducta agresiva y conducta delictiva (Sáenz et al., 2012). La relación entre agresividad y conducta antisocial/delictiva está ampliamente establecida en la literatura científica (Andreu et al., 2010; Crick & Dodge, 1996; Miller & Lynam, 2006; Raine et al., 2006; Ramírez & Andreu, 2006; Vitaro et al., 1998), y más la agresión proactiva que la reactiva.

La relación entre agresividad, conducta antisocial y delictiva se ha demostrado (Crick & Dodge, 1996; Raine et al., 2006), e incluso señalándose el tipo de agresión. La agresión proactiva supera a la agresión reactiva en su nexos con la conducta antisocial. De la misma manera, los comportamientos antisociales durante la infancia y la adolescencia se asocian a conductas agresivas instrumentales (Miller & Lynam, 2006; Ramírez & Andreu, 2006; Vitaro et al., 1998). Así, los rasgos de agresividad predicen parte del comportamiento antisocial y delictivo (Farrington, 1989; Redondo & Pueyo, 2007) y, en ocasiones, la aparición de un trastorno como el antisocial (Huesmann et al., 2002). Para Eron (2002) la agresión resume los aspectos más importantes del comportamiento antisocial.

En esta línea se plantea que si se disminuye y/o controla el sentimiento de vergüenza, a partir del cultivo de la compasión, es posible que también se reduzcan los niveles de agresividad, que se considera un rasgo generalizado en la personalidad de los adolescentes infractores y, por tanto, la conducta delictiva. Este planteamiento tiene también cierto apoyo en la investigación empírica, con estudios que muestran la relación entre la vergüenza, la ira

y la agresión (Hejdenberg y Andrews, 2011; Tangney y Dearing, 2002; Elison et al., 2014). Stuewig et al. (2010) sostienen que los sentimientos negativos de vergüenza pueden conducir a la externalización de la culpa, lo que a su vez conduce a niveles más altos de agresión verbal y física y, los resultados de su investigación empírica apoyaron este vínculo. Sus hallazgos sugirieron que las personas con alta propensión a la vergüenza tenían más probabilidades de culpar a los demás por los eventos de vergüenza, lo que lleva a una mayor propensión a la agresión verbal y física hacia los demás.

Otro aspecto importante es que la compasión regula el afecto negativo a través de comportamientos de auto-cuidado y la expresión y comunicación de sentimientos de calidez y seguridad. Varios estudios exploraron las relaciones entre la autocompasión y el afecto negativo y sus resultados muestran que la autocompasión correlaciona con la menor severidad de los síntomas y la mayor calidad de vida (Van Dam et al., 2011), bienestar (Neff et al., 2007) apoyo materno y funcionamiento familiar (Neff & McGehee, 2010) y disminución de síntomas depresivos (Leary et al., 2007). Además, se ha encontrado que los incrementos en la autocompasión se correlacionan con una disminución de síntomas psiquiátricos, problemas interpersonales y psicopatologías (Schanche et al. 2011).

Es fácil entender que el afecto negativo se ve comprometido en los AI que se ven sometidos a la pena privativa de libertad (Boothby & Clements, 2000). De hecho, los estudios recientes muestran que la privación de libertad influye en la aparición de alteraciones de la afectividad y concretamente en el desarrollo de episodios depresivos, y que dicha situación se agrava como consecuencia de todos los factores familiares, escolares, laborales y sociales que el AI poseía antes de ingresar en centros privados de libertad, de manera que los tratamientos sobre los episodios depresivos de los AI dependen muy estrechamente de estas variables sociales y culturales, amén de las variables implicadas en el ambiente carcelario (Baillargeon et al., 2001).

De esta forma, si la terapia centrada en la compasión promueve condiciones de seguridad, apoyo, conexión y amabilidad entre las personas y con uno mismo, dichos aspectos podrían considerarse muy relevantes e incluso trascendentales para favorecer la intervención de los AI, ayudando a modificar las conductas delictivas de los adolescentes infractores, además de favorecer un mejor ajuste psicológico y social. De dicha reflexión se desprende el objetivo de esta tesis.

2.4. Síntesis y conclusiones.

La información recopilada de las diferentes intervenciones, con sus objetivos, principios y la eficacia de su aplicación, permite contextualizar los objetivos de cada una.

En el enfoque socioeducativo, prima el objetivo de desarrollar la capacidad de interrelacionarse con otras personas, promoviendo su autonomía, integración, participación crítica, constructiva y transformadora, supone una condicionante el acompañamiento familiar, pues en mayor o menor medida condiciona el desarrollo de medidas restaurativas ante los daños recibidos y causados en la historia de vida del adolescente. El modelo psicoeducativo tiene como principio encaminar a los AI a reducir los factores de riesgo dinámicos de la actividad delictiva empezando por recuperar toda la estructura que conecta a individuos, familia y profesionales, es decir, configurar una red de apoyo externa que ayude al sujeto a reducir el impacto de sus factores negativos. La terapia cognitivo-conductual se centra en aspectos psicológicos de orden superior como los pensamientos automáticos que surgen en situaciones que supone le provocan angustia, se los denomina pensamientos irracionales y la intervención consiste en modificarlos mediante técnicas que involucran un análisis sobre el proceso cognitivo y la respuesta conductual para una mejor adecuación personal y social. Más adelante, aparece el Modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR), utiliza como base los principios de riesgo, necesidad y responsividad, encauzando así la intervención para reducir la posibilidad

del individuo de reincidir en la conducta delictiva.; el principio de riesgo se basa en la capacidad de predecir la conducta delictiva, el principio de necesidad apunta a la evaluación de las necesidades criminógenas del sujeto, y el principio de responsividad se basa en maximización de la capacidad del sujeto para aprender y la adaptación de la intervención al estilo de aprendizaje, motivación, habilidades y puntos fuertes (recursos) del infractor. Mientras tanto, el principio de intervención de la terapia multisistémica centra el actuar en la modificación de la estructura familiar y el establecimiento de límites, el proceso se guía en redefinir el síntoma y la problemática.

En base a todo lo expuesto se determina que cada modelo enfoca e interviene la realidad de los menores infractores destacando o priorizando los aspectos que son más relevantes para cada enfoque (educación, riesgos criminogénicos, fortalezas, pensamientos, familia, sistema, etc.). Sin embargo, dada la todavía escasa, pero existente evidencia empírica, así como la importancia y relevancia de algunos sentimientos presentes en los adolescentes infractores (vergüenza, culpa y autocrítica) se considera de interés analizar los posibles beneficios de la aplicación de la terapia centrada en la compasión en adolescentes infractores. Su análisis se ha iniciado con la justificación pero continúa en el capítulo 3 con sus principales características.

Capítulo 3. La Terapia centrada en la compasión

“... La compasión nos impulsa a trabajar sin cansancio para aliviar el sufrimiento de nuestros semejantes; nos motiva a dejar de lado el egoísmo y aprender a compartir y nos pide honrar la inviolable santidad de cada ser humano, tratando a todos, sin excepción, con absoluta justicia, equidad y respeto ...” (Armstrong, 2010).

Introducción

En el presente capítulo, como primer punto se desarrolla los conceptos fundamentales de la compasión, su significado y sus bases, prosiguiendo con los mecanismos que plantea que sustentan a nivel del sistema nervioso central: inmovilización, movilización y conexión social. Así mismo, se describen los sistemas de regulación emocional describiendo las diferentes conductas que presentamos las personas para actuar en una situación específica, provocando la aparición de una mente compasiva o amenazante. En la parte final del capítulo se detallan los diferentes protocolos de aplicación de la terapia de la compasión que se han elaborado, concluyendo con un análisis de la eficacia de la misma.

Esta terapia y siguiendo esencialmente a su fundador (Gilbert, 2010) es un tipo único de aceptación basada en enfoques cognitivo-conductuales y se origina en la teoría evolutiva de Bowlby, las enseñanzas de Buda y la neurociencia cognitiva. Siguiendo este planteamiento, desde su nacimiento el ser humano a través del contacto con otras personas, particularmente con la madre, desarrolla un tipo de apego que le provocaba un efecto importante en la esfera

afectiva, emocional, social e intrafamiliar, proporcionándole (si todo es adecuado) la seguridad emocional indispensable para el armonioso desarrollo de su personalidad (Bowlby, 1969). Posteriormente, se va desarrollando y debe enfrentarse (con mayor o menor pericia) a los distintos problemas cotidianos y, en el marco de esos niveles de contingencia, uno de los mayores anhelos de todos los seres humanos es ser feliz. Pero, debemos recordar que el objetivo de todas las especies (proceso de evolución) es la supervivencia. Es decir, el objetivo biológico de cualquier ser vivo es alimentarse y no dejarse devorar por un depredador (para permitir la supervivencia individual) y reproducirse (para conseguir la supervivencia como especie). Por eso, en este momento histórico del hombre en el que la supervivencia está garantizada para una gran parte de la humanidad, el planteamiento principal como especie es la felicidad y el bienestar del individuo. En ese punto, y según este planteamiento teórico, nos encontramos con que nuestro cerebro no sólo no nos acompaña, sino que es una de las principales fuentes de sufrimiento. La razón es que nuestro cerebro no está diseñado para ser feliz, sino sólo para sobrevivir. A consecuencia de ello, el cerebro humano está preparado para responder frente a las amenazas desencadenadas por el medio, escogiendo la **huida** como mecanismo propio de supervivencia (Ito et al., 1998). Entendido de esa forma y desde este planteamiento teórico, el cerebro se puede ver como una fuente importante de sufrimiento.

En esta perspectiva, la compasión constituye la posibilidad de que las personas reconozcan su propio sufrimiento y sean genuinamente conscientes también de su propio bienestar, sensibles y empáticos ante el desconsuelo propio y de los demás sin caer en la autocrítica y en el enjuiciamiento destructivo, lo que permitiría comprender las causas de este malestar (Gilbert & Procter, 2006), promoviendo el ejercicio de una vida compasiva (Gilbert & Choden, 2013). En la conquista de éste objetivo terapéutico se tiene en cuenta que hay dos tipos de personas, unas que siguen valores y otras que siguen necesidades. Las primeras plantean sus objetivos en la obtención de satisfacciones a través del esfuerzo personal y buscan su crecimiento,

mientras que las segundas están esencialmente centradas en impresionar a los demás y obtener su validación. Los errores y desafíos serán una oportunidad para aprender y madurar para quienes están centrados en seguir sus valores, mientras que quienes siguen necesidades buscan continuamente ser aceptados por quienes les rodean, pudiendo resultar muy críticos y perfeccionistas, lo que genera grandes dosis de sufrimiento.

3.1. Conceptos fundamentales

3.1.1. Concepto de compasión.

Etimológicamente la palabra compasión deriva de las raíces latinas y griegas *patiri* y *pashkein* (sufrir) y de la raíz latina *com* (con), lo que significa “sufrir con” otra persona. En tanto que, la Real Academia Española (2014), define compasión como “*sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias*”. Dichas acepciones, conllevan como señala Simón “*a una connotación peyorativa de la palabra en nuestro entorno cultural contemporáneo*” (Simón, 2015, p. 58), permitiendo que la compasión se la considere un sentimiento negativo y no una cualidad positiva de las personas, como ocurre en los países anglosajones. Cabe destacar, que el concepto de compasión que aquí se describe no debe entenderse como pena ni lástima, sino que conforta tanto al que da como al que recibe (Shlim & Rinpoche, 2006).

La compasión ha sido un elemento clave de la práctica budista durante muchos años. De hecho, otro fundamente teórico fundamental de la compasión se encuentra en el budismo. En ésta línea evocamos a Dalai Lama (1999), que define la compasión como una sensibilidad al sufrimiento del yo y de los otros junto con un compromiso profundo para tratar de aliviarlo, es decir, atención y conciencia sensible más motivación. Ello implica que una persona compasiva posee un estado de salud mental libre de agresividad y el compromiso de liberar a los demás de su sufrimiento con respecto y consideración. Según Dalai Lama (1999), las palabras “bondad amorosa” (*loving kindness*) significan un sentimiento de amor desinteresado hacia los

demás (sin apego, sin buscar el propio beneficio) y refleja el deseo de que todo el mundo, sin distinción alguna, sea dichoso y feliz. La principal diferencia entre la bondad amorosa y la compasión radica en la ausencia o presencia de sufrimiento. Si no existe sufrimiento, el deseo de que los demás sean felices es bondad amorosa. Si hay sufrimiento, el deseo de que los demás se encuentren libres de él, es “compasión” (*karuna*). Sin embargo, la compasión, constituiría un aspecto de la bondad amorosa y en última instancia, todo es compasión ya que, por definición, siempre existe dolor primario, aunque en un momento dado no sea evidente (Germer & Simón, 2011).

La compasión se encuentra en todas las culturas, muchas veces descrita con otros términos. Palabras con significación similar pero no idéntica, son: bondad, misericordia, conmiseración, piedad, caridad, benevolencia, entre otras. García-Baró y Villar (2008), refieren la definición Aristotélica de Compasión, considerándola una pasión (*pathe*) o afecto que van acompañados de placer y dolor. “Sea, pues, la compasión –escribe en la retórica – un cierto pesar por la aparición de un mal destructivo y penoso, en quién no lo merece que también cabría esperar que padeciera uno mismo o alguno de sus allegados, y ello además cuando se muestra próximo” (García-Baró & Villar, 2008, p. 220).

No obstante, actualmente la compasión se la ubica como un proceso que integra a diversos elementos emocionales y cognitivos. Para Hopkins (2011) la compasión es un proceso que se compone de tres partes: Siento lo que tu sientes (afectiva), te comprendo (cognitivo) y quiero ayudarte (motivacional). Ello incluye la habilidad para reconocerlo, comprender su universalidad, sentir resonancia emocional por el que sufre, tolerar los sentimientos desagradables que se generan y buscar aliviarlos (Strauss et al., 2016).

Otra conceptualización de compasión, la define como el sentimiento de bondad, cuidado y comprensión por los individuos que sufren o sienten dolor, junto con la necesidad de aminorar ese sufrimiento, resaltando un reconocimiento de compartir la condición humana, frágil e

imperfecta (Germer & Siegel, 2012). En ésta línea, se ha relacionado el cuidado como la esencia de la práctica de los profesionales de enfermería (Tomey & Alligood, 2007), considerando la compasión con el acto de cuidar. Por eso, para cuidar a las personas se requiere el conocimiento del comportamiento humano, derivado del funcionamiento del cuerpo y la mente. Además, sus fortalezas y limitaciones, lo cual lo ofrece la compasión y la empatía en el contexto de una relación de cuidado (Watson & Foster, 2003).

Una modalidad especial de compasión corresponde a la autocompasión. Para Neff (2012), pionera de la investigación sobre autocompasión considera que corresponde a darnos a nosotros mismos el cuidado, consuelo y la serenidad que de forma natural hacemos llegar a quienes queremos cuando padecen, en vez de criticarnos cuando estamos sufriendo. Pero debe diferenciarse la autocompasión de la autoestima; la autoestima es un juicio crítico dirigido a nosotros mismos (Barnard & Curry, 2011), mientras que la autocompasión se refiere a un reconocimiento de la humanidad compartida y la auto-aceptación. Tampoco, la autocompasión es lástima, que se caracteriza porque la persona se sumerge en los propios problemas olvidándose de los problemas de los demás. Además, la autocompasión permite que las personas sean genuinamente conscientes de su propio bienestar, sensibles y empáticos ante el malestar de los demás, pudiendo ser tolerantes sin caer en la autocrítica y en el enjuiciamiento, comprendiendo las causas de este malestar y tratándose a sí mismos con calidez (Gilbert & Procter, 2006).

La autocompasión, siguiendo a Neff (2003, 2003b), tendría tres componentes interrelacionados que, de ejercitarse, pueden aparecer ante situaciones de dolor emocional: a) bondad con uno mismo (*self-kindness*), entendida como el tratarse a uno mismo con cuidado y comprensión, en vez de hacerlo con un juicio crítico (*self-judgment*); b) reconocer la humanidad común (*common humanity*) entendida como el reconocimiento que los demás pasan por sufrimientos similares a los propios, en contraposición se encuentra el sentimiento de

aislamiento (*isolation*); y finalmente c) atención plena o *mindfulness*, entendido como la capacidad de tener una consciencia equilibrada y tomar distancia de los propios pensamientos y sentimientos, en contraposición a la sobre-identificación (*over-identification*) o la evitación de la experiencia presente. La autocompasión es una estrategia activa y comprometida para comprender el sufrimiento (incluido el sufrimiento basado en la vergüenza) y enfrentar el sufrimiento o el dolor de manera efectiva. A diferencia de las estrategias de evitación, la autocompasión implica estar más dispuesto a experimentar sentimientos difíciles y reconocerlos como válidos e importantes, es decir en su aceptación (Neff, 2003).

Gilbert y Choden (2013) conciben la compasión como un motivo con capacidad para organizar la mente y hacer que esta funcione en una determinada dirección, para procurar que los seres vivos se encuentren libres de sufrimiento y de las causas que lo provocan. Para aceptar el sufrimiento en vez de evitarlo, es necesario desarrollar una serie de atributos, como son la simpatía, la tolerancia al malestar emocional, la empatía, el no juzgar, el autocuidado, la sensibilidad, habilidades de razonamiento y atención. Además, a través de estas prácticas compasivas, podemos generar una sensación de seguridad que ayuda en el desarrollo de la conciencia plena y la aceptación (Larroya et al., 2017), es decir la mente compasiva. La mayor ventaja de la definición citada de Gilbert & Choden (2013) es el reconocimiento de la compasión desde el área cognitiva, lo que quiere decir que el sujeto se da cuenta del dolor de las personas (y el propio, por supuesto) encaminando todo su potencial cognoscitivo para ayudar y ayudarse a encontrar su felicidad separando y eliminando los elementos que provocan sufrimiento.

3.1.2. Bases de la Terapia centrada en la compasión.

La CFT se inició con Gilbert que utilizaba la Terapia cognitivo conductual (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) con sus pacientes, pero empezó a trabajar las emociones de un modo compasivo y a medida que se fueron desarrollando ejercicios terapéuticos compasivos

específicos se fueron generando las primeras evidencias de la eficacia del modelo y después, el desarrollo de la Terapia Centrada en la compasión. La CFT se apoya en diversas intervenciones cognitivo-conductuales y de otras terapias. Utiliza como herramientas y técnicas la relación terapéutica, el diálogo socrático, el descubrimiento guiado, la psicoeducación, la cadena de inferencias, el análisis funcional, los experimentos conductuales, la exposición, las tareas graduadas, la imaginación centrada en la emoción, la técnica de la silla vacía, la representación de diferentes “egos”, el *mindfulness*, entre otras. De igual forma emplea el entrenamiento en la tolerancia emocional, aprender a entender y hacer frente a los conflictos y complicaciones emocionales, la formulación de compromisos para su puesta en práctica, el establecimiento de estrategias de seguridad, la mentalización, la carta compasiva, el perdón, la distinción entre autocrítica corrección del yo compasivo y el trabajo para fuera de la sesión así como la práctica guiada.

A la compasión se la considera como el resultado de la evolución a partir de nuestra capacidad de conducta altruista y de cuidado (Gilbert, 2015). El altruismo, conceptualiza la compasión desde una perspectiva evolutiva, centrándose en la evolución del sistema afiliativo de los mamíferos. Siguiendo a este autor la base de este modelo se encuentra en la neurociencia detrás de estos sistemas afectivos. Los sistemas motivacionales básicos han evolucionado en humanos y otros mamíferos y son los que nos permiten buscar recursos y evitar daños. Estos sistemas son responsables de una gama de emociones correspondientes, que incluyen clasificación competitiva y social, cooperación, cuidado, deseo de ayudar a los demás a conseguir sus metas y a mitigar su sufrimiento. El enfoque evolutivo postula que las personas cuando nos evaluamos utilizamos los mismos sistemas que utilizamos cuando evaluamos procesos sociales e interpersonales (Gilbert, 1989).

En relación al cuidado y equilibrio del ser humano, la CFT se apoya en el modelo de nutrición (Gilbert, 1989; Melson et al., 1986) que define los elementos esenciales con el

propósito de favorecer un desarrollo congruente con el esperable potencial de cambio de quien es objeto de los cuidados. La nutrición implica conciencia de las necesidades del que va a ser nutrido, motivación para nutrir, expresión de sentimientos nutricios, comprensión de lo que se necesita para ser nutrido y capacidad para relacionar la nutrición con el feedback procedente del efecto que tiene sobre el otro. Consecuentemente la nutrición por su importancia tiene que ser llevada con habilidad. Prueba de ello es que los niños que provienen de entornos abusivos, hostiles, negligentes y/o amenazantes son vulnerables a los déficits en sus sistemas de regulación de efectos (Schore, 1994). Sentirse rechazado, descuidado y no valorado es uno de los factores más poderosos de la respuesta al estrés y está relacionado con problemas de salud física y mental (Cozolino, 2007). Por el contrario, sentirse atendido, apoyado y valorado por otros influye significativamente en la regulación emocional y fisiológica, generando sentimientos de seguridad y alivio (Depue & Morrone, 2005).

Dentro de los fundamentos en los que se basa la CFT, se encuentran las enseñanzas budistas, pero sus raíces se derivan de un enfoque evolutivo, neuro-científico y psicosocial, vinculado a la psicología y a la neurofisiología del cuidado, tanto del que da como del que recibe. En el budismo Mahayana, la atención consciente genera las condiciones para una mente serena y la compasión es capaz de transformar la mente. De ahí que la CFT incluya técnicas de mindfulness.

Por lo expuesto, la compasión involucra elementos emocionales, cognitivos y motivacionales, incluyendo el cuidado y bienestar de los demás, sensibilidad y tolerancia a la angustia, empatía y la capacidad de crear oportunidades para el crecimiento y el cambio con una actitud cálida (Gilbert, 2010).

3.1.3. Mente amenazante y Mente compasiva

La mente amenazante, es un sistema de protección el cual se emplea cuando nos sentimos amenazados o las personas allegadas a nosotros lo están. Su función principal es detectar y

seleccionar rápidamente amenazas para elegir una respuesta (luchar, huir o quedarse paralizado, básicamente) todo esto acompañado de un cúmulo de diferentes emociones (Gilbert, 2015). Hay que tener en cuenta que nuestro cerebro le da mayor importancia al afrontamiento de amenazas que a las cosas agradables (Baumeister et al., 2001). Así, cuando en nuestro cerebro el modo de amenaza está activo, la atención, el pensamiento, razonamiento, el comportamiento, emociones, motivos, imágenes y fantasías se dirigen a la amenaza y se centran en la autoprotección (Gilbert, 2015). En estas situaciones se evocan amenazas rápidamente sesgando la atención y además se producen diferentes emociones como la ansiedad, cólera o disgusto. Todos estos sentimientos recorren nuestro cuerpo alertándonos y disponiéndonos para la acción con relación a la amenaza (Gilbert, 2001a, 2001b; Marks, 1987).

En cambio, la mente compasiva, se inicia desde las experiencias más tempranas de afecto y apego seguro en la vida de las personas y está relacionado con características como la calidez, simpatía, buen humor, cortesía, amabilidad, entre otros aspectos. Se puede desarrollar en el ejercicio de las relaciones sociales, centrando la atención, promoviendo pensamientos sentimientos y acciones de un modo compasivo hacia los demás y en relación con nosotros mismos. De igual manera se debe considerar que se posee capacidades como el altruismo y cuidado, que han evolucionado, pues como se ha establecido, la CFT tiene un enfoque evolutivo y neuro-científico. El altruismo desencadena el deseo de ayudar a los demás a conseguir sus objetivos, disminuir o eliminar su dolor y el cuidado (Melson et al., 1986) implica conciencia, motivación, expresión, comprensión y retroalimentación de la persona que es nutrido, para favorecer un desarrollo congruente con el esperable potencial de cambio de quien es objeto de los cuidados. Además, cualquier dificultad en el acogimiento de la nutrición, posibilitaría graves efectos en el desarrollo de la compasión.

Para desarrollar la mente compasiva se requiere otros elementos interdependientes como los atributos y habilidades, que no son otros aspectos que cualidades y competencias que nos

permiten avanzar a la mente compasiva respectivamente. Los atributos y las habilidades responden a las preguntas “que” y “cómo” de la compasión. Como ejemplo de atributos compasivos, tenemos la intencionalidad de querer conseguirla, la sensibilidad de reconocer el dolor propio y ajeno, la emocionalidad y sintonización de las emociones que percibimos, tolerar nuestros sentimientos positivos y negativos, desarrollo de la comprensión del funcionamiento de la mente compasiva y amenazante y, finalmente, no juzgarnos. Como ejemplo de habilidades, podemos citar la atención consciente del presente sin evitaciones (*mindfulness*), pensar y razonar objetivamente, aprender a planificar e implicarse en conductas para disminuir la angustia, desarrollar valor y ejecutar actos que promuevan la compasión, entre otros.

Tratando de sintetizar, la CFT tiene como objetivo reemplazar en el paciente los logros basados en la amenaza por los logros o la acción basada en los valores y así, poder brindarles elementos relevantes para que desarrolle una vida más plena y valiosa. Se propone aprender a regular los sentimientos de inseguridad e inferioridad, la búsqueda de complacencia de los demás para centrarse en su desarrollo y sobre la base de ellos, ser aceptados independientemente de si aciertan o se equivocan, triunfan o fracasan. Se busca la auto-corrección compasiva, alejándose del auto-ataque y de la autocrítica (Gilbert, 2015). Es decir, alejarse de la mente amenazante, caracterizada por la agresividad, el estrés, el consumismo y la competitividad.

3.1.4. Vergüenza y culpa.

A la vergüenza y culpa se las ha considerado emociones autoconscientes, en virtud de aparecer concomitantemente con la conciencia de uno mismo (Leary, 2004). Para Izard, Acuerman y Schultz (1999), la vergüenza es una emoción que depende de la cognición y desempeña un rol protagónico en la motivación y regulación de pensamientos, sentimientos y acciones de las personas (Campos, 1995; Fischer & Tangney, 1995). En tanto que la culpa,

tiene un carácter más específico refiriéndose ésta a una acción concreta realizada por la persona y también surge de una evaluación negativa del yo.

Morrison y Stolorow (1997) consideran que la vergüenza es un sentimiento de auto-castigo que nace del convencimiento que tenemos algo que está mal en nosotros. La vergüenza es un sentimiento de aversión, odio hacia nosotros mismos determinada por la forma en que damos por hecho o creemos que otras personas nos perciben.

Así, la vergüenza constituye la experiencia dolorosa de considerarnos imperfectos o inadecuados, por lo que somos indignos de amor y/o integración (Brown, 1998). También se ha considerado la vergüenza como una emoción dolorosa que puede reflejar la víctima en la creencia de que otros, en su entorno social, pueden juzgar que tienen atributos personales y características negativas o haber participado en comportamientos negativos (Gilbert, 2000).

Para entender las características de la vergüenza se ha diferenciado dos dimensiones: vergüenza externa e interna. De la vergüenza externa podemos decir que aparece cuando los demás hacen una evaluación negativa del sujeto. Para Gilbert (2002, 2003), las evaluaciones y sentimientos se focalizan en el entorno social desde donde juzgan al yo como inferior, inadecuado o negativo. Está relacionado con pensamientos y sentimientos sobre cómo existe uno en la mente de los demás, está marcada por pensamientos y sentimientos que otros ven al yo negativamente con sentimientos de ira o desprecio y/o que el yo es visto como teniendo características que lo hacen poco atractivo y, por lo tanto, rechazables o vulnerables a los ataques de otros. Experimentar "uno mismo" como "vivir en la mente de los demás" como una persona deplorable puede hacer que el mundo social sea inseguro y active una serie de defensas, como querer esconderse, ocultarse y "no ser visto", y puede tener un poderoso efecto inhibitorio en el procesamiento de la información de manera que una persona pueda sentir que su mente se queda en blanco o confundida (Gilbert, 1998). En la vergüenza externa, el foco de atención está en lo que otros piensan acerca del yo, y muchas veces la vergüenza puede conducirnos a

la agresión. En este sentido, existe investigación empírica que demuestra la relación entre la vergüenza y la ira con la agresión (Elison et al., 2014; Hejdenberg y Andrews, 2011; Tangney y Dearing, 2002). Al respecto, Stuewig et al. (2010), sostienen que el desarrollar sentimientos negativos hacia el entorno social puede conducir a la externalización o manifestación objetiva de la culpa, a través de la agresión física y verbal. En otras palabras, las personas con alta propensión a la vergüenza tenían más probabilidades de culpar a los demás por los eventos de vergüenza lo que lleva a una mayor propensión a la agresión verbal y física hacia los demás.

Por su parte, la vergüenza interna surge con el desarrollo de la autoconciencia y cómo existe para los demás, corresponde a una evaluación negativa de sí mismo (Alessandri & Lewis, 1993). Los afectos y evaluaciones se encuentran orientados internamente juzgando al individuo como indeseable e inadecuado o detestable. El foco de atención está en el yo, con atención auto-dirigida, sentimientos y evaluaciones de sí mismo como inadecuados, defectuosos o malos. Un componente clave de la vergüenza interna es, por lo tanto, la autovaloración y la autocrítica.

Según Alessandri & Lewis (1993), la vergüenza externa e interna se pueden fusionar, ocurriendo lo que se conoce como el "yo expuesto". La consecuencia es que, en un episodio de vergüenza, se experimenta que el mundo exterior se vuelve, contra la persona y sus propias autoevaluaciones y su sentido de sí mismo (mundo interno). Convirtiéndose en críticos, hostiles y perseguidores. Bajo este tipo de amenaza, el yo puede sentirse abrumado, fácilmente fragmentado y simplemente se cierra: no hay un lugar seguro dentro o fuera del yo para ayudar a calmarlo. En consecuencia, se reconoce la intensidad de la hostilidad del mundo externo e interno. Veamos a continuación en la Tabla 3, las diferencias según diversos autores y épocas, entre vergüenza interna y externa.

Tabla 3

Diferencias entre vergüenza externa e interna según diversos autores

Vergüenza externa	Vergüenza interna	Autores
Evaluaciones y sentimientos hacia entorno social y externo, los demás juzgan al yo como inferior, inadecuado o malo.	Evaluaciones y sentimientos hacia adentro, individuo juzga a sí mismo como malo, indeseable, débil, inadecuado o detestable	Gilbert, 2002, 2003
Experiencia real de rechazo o devaluación social, el sujeto es o se ha convertido en un agente social poco atractivo.	Experiencia interna del self, respuesta involuntaria afectiva defensiva hacia la amenaza percibida.	Gilbert, 1998
Evaluación negativa del sujeto por los demás.	Evaluación negativa del sujeto hacia sí mismo.	Kim, Thibodeau y Jorgensen, 2011.

Nota. Tomado de Gilbert (2015)

Por otro lado, la vergüenza puede provocar en las personas la aparición de problemas psíquicos correspondientes a traumas. Existen dos tipos de traumas que pueden disparar el sistema de autorregulación emocional de la amenaza: trauma de intrusión y violación, y trauma de exclusión. El primero, procede cuando se desarrolla el sentimiento de que otras personas han violado el límite del sujeto de forma intensa, amenazadora o dañina (por ejemplo por ser víctima de maltrato). Así, el que sufre la intrusión es incapaz de defenderse o detener al “intruso”, teniendo que desarrollar acciones que lo minimizan y se vuelven asustadizos. En otras palabras “uno puede experimentar el yo como objeto para que sea utilizado por el otro” (Gilbert, 2015, p. 108).

El trauma de exclusión se desarrolla a partir de sentirse poco atractivo o interesante para los demás, por lo que no es buscado o tomado en cuenta. Por ello, se esfuerzan continuamente para captar dicha atención (ser bueno, ser elegido o querido) o sentirse vinculados con los demás sin conseguirlo. Globalmente, se configura un cuadro de rechazo pasivo.

Según Gilbert (2015), el ser humano durante el proceso de evolución busca incansablemente generar sentimientos positivos en la mente de los demás con respecto a su propia individualidad. Eso quiere decir, ser valorado y aceptado, lo que provoca seguridad e

incremento de la autoestima. Sin embargo, no siempre ocurre de esa manera, lo cual puede ocasionar conflictos emocionales y el apareamiento de la vergüenza, cuya etiología está relacionada con el ambiente familiar y social (p. ej., en términos de maltrato o violencia) que impacta en la manera en que nos experimentamos a nosotros mismos en la mente de los otros. En otras palabras, calcular de qué modo existe uno para los demás es esencial para desarrollar nuestros sentimientos de seguridad, y, la forma como pensamos que nos evalúan (en este caso de manera negativa), provoca el apareamiento de la vergüenza, que constituye uno de los aspectos cardinales de interés según este enfoque y hacia donde se canaliza la acción terapéutica de la CFT. De hecho, se ha demostrado el papel clave de la vergüenza en varios trastornos psicopatológicos (Ribeiro da Silva et al., 2015). Cuando los individuos tienden a internalizar la experiencia de la vergüenza (p. ej., "soy inútil y sin valor"), suelen desarrollar psicopatología internalizante desencadenando reacciones depresivas. A su vez, cuando los individuos tienden a exteriorizar la vergüenza (p. ej., "los demás me rechazan"), son más propensos a externalizar la psicopatología desencadenando reacciones agresivas.

Por todo lo expuesto se plantea, que CFT puede ayudar a las personas propensas (debido a su experiencia vivida) a la vergüenza, culpa y autocrítica a facilitar una regulación emocional que sirva de ayuda y alivio reduciéndose el sentido de amenaza y procurando aumentar la sensación de seguridad (Carter et al., 2021). Específicamente, la autocompasión podría funcionar como un amortiguador contra sus efectos y podría ser "particularmente útil en circunstancias que involucran amenazas de evaluación social, es decir, situaciones en las que un aspecto de uno mismo está en riesgo de ser juzgado negativamente" (Finlay-Jones et al., 2015, p.2). En esta línea, el poder ser juzgado como un joven antisocial o delincuente puede suponer un gran estigma social generador de importantes dosis de vergüenza. En este sentido la culpa (por la acción delictiva realizada) sería lógica e incluso funcional, sin embargo, la vergüenza sería psicopatologizante.

3.2. Mecanismos de acción de la compasión

Conocidas las diversas formas de definir la compasión y sus características, también corresponde comprender los procesos fisiológicos que permiten explicarla. Algunos autores definen la meditación compasiva como el desarrollo de la capacidad que permite compartir visceralmente el sufrimiento de los otros (Shonin et al., 2017) y nos conduce a la relación del sistema nervioso autónomo (nervio vago) que heredamos de los reptiles con algunas conductas de las personas (Porges, 1995). Tradicionalmente se describe el Sistema nervioso autónomo (SNA) como un inervador de vísceras, de pares antagónicos, siendo la rama simpática la que predispone al organismo fisiológicamente a una respuesta de lucha o huida ante amenazas, y el parasimpático (la mayoría de cuyas fibras proceden del nervio vago) como inhibidor de esta respuesta y, por tanto, inductor de estados de calma del organismo. La teoría polivagal (Porges, 2007) considera que el Sistema nervioso (SN) se regula a través de un sistema jerárquico (no antagónico) y que el Sistema nervioso autónomo (SNA) de los mamíferos se ha desarrollado en etapas, que a lo largo de miles de años ha dado lugar a tres sistemas diferenciados, que se describen a continuación:

3.2.1. Sistema de inmovilización

Constituye el más primitivo sistema de defensa de los mamíferos y es compartido por la mayor parte de los vertebrados. Según Porges (2007) la evolución filogenética, por un lado, describe que los animales reptilianos usan la inmovilización como su sistema principal de defensa, se activa ante la percepción de amenaza para la vida y facilita conductas defensivas arcaicas, entre ellas, la inhibición de movimiento que permite fingir la propia muerte y pasar inadvertidos ante un posible depredador. Por otro lado, en humanos, la activación de este sistema se asocia a las conductas disociativas típicas del trauma psicológico y el trastorno por estrés postraumático. A nivel fisiológico sus efectos son una ralentización de la actividad metabólica, una reducción de la necesidad de comida y un aumento del umbral de dolor. En

ocasiones su activación puede resultar letal, al producir una ralentización extrema del ritmo cardiaco y presión arterial para terminar con la parada respiratoria. A nivel neurofisiológico, este sistema es regulado por las vías que se originan en el núcleo motor dorsal del vago (NDV) en el tronco cerebral, no están mielinizadas e inervan estructuras subdiafragmáticas, por ejemplo, estómago e intestinos.

3.2.2. Sistema de movilización:

Es compartido por todos los mamíferos y se activa ante la percepción de peligro, corresponde a las conductas asociadas, denominadas de lucha/huida, típicas de los estados de estrés. Se caracteriza, entre otros efectos, por un aumento de la actividad metabólica y del gasto energético, un aumento de la tasa cardiaca o la inhibición del proceso digestivo. A nivel neurofisiológico este sistema es controlado por las fibras del cordón espinal del sistema nervioso simpático.

3.2.3. Sistema de conexión social:

Surge en respuesta a la necesidad de interactuar con otros seres y establecer vínculos sociales duraderos, activándose ante señales de calma y seguridad. Siguiendo a Porges (2007) las conductas asociadas a este sistema son la implicación social, el comportamiento prosocial y las funciones voluntarias asociadas a la atención, el movimiento, la emoción y la comunicación.

Siguiendo al mismo autor, a nivel neurofisiológico está regulado por las fibras motoras que se originan en el tronco cerebral ventro-lateral, concretamente en el núcleo ambiguo (NA) e inervan los órganos supradiafragmáticos: bronquios, corazón, esófago, velo del paladar, laringe y faringe. Estas vías motoras se conocen como emergentes viscerales especiales y, como incluyen movimientos voluntarios, han sido excluidas de las descripciones tradicionales del SNA. A diferencia de las fibras del NDV, están mielinizadas, lo cual posibilita una regulación neurovisceral más rápida y eficiente. La aparición del NA diferenciado eliminó la exclusividad

al NDV de la regulación del corazón. Esto permitió mayor regulación de los órganos viscerales y promoción de conductas adaptativas, por ejemplo, el NA se integró mediante los emergentes viscerales especiales con los núcleos que regulan los músculos de la cara y la cabeza. Gracias a ello, los mamíferos pueden comunicar a los demás su estado fisiológico a través de la expresión facial y, a su vez, utilizar esta última, para transmitir y provocar sentimientos de calma en sus semejantes.

Siguiendo esta teoría, lo que se plantea es que la evolución histórica hizo que los mamíferos y más aún, los primates, tuviéramos que aprender a vivir en sociedad, logrando adaptarnos para poder sobrevivir. Así, para responder a estas nuevas necesidades, las estructuras cerebrales más primitivas fueron interrelacionándose con las más recientes. De esta forma, por ejemplo, las estructuras del sistema de inmovilización desarrollaron receptores a la oxitocina para facilitar conductas en las que estamos inmovilizados, pero sin sentir miedo, como ocurre en la situación de lactancia o de meditación, ya que bloquea las conductas defensivas de evitación, pelea y congelación emocional.

De esta manera, en los mamíferos, las vías del NDV que conforman el sistema de inmovilización cuando no son reclutadas como sistema defensivo promueven la salud, el crecimiento y la regeneración. Igualmente, las vías del SNS, cuando no son utilizadas como sistema defensivo, están implicadas en conductas saludables para el ser humano, como el juego y el sexo (Porges, 1995, 2004, 2007). De forma paralela, la aparición de un Núcleo Ambiguo (NA) diferenciado permitió que el corazón dejase de estar regulado exclusivamente por las fibras del NDV, como ocurre en los reptiles, y pase a estar regulado en mayor medida por las fibras mielinizadas procedentes del NA. Este hecho supuso un gran adelanto en términos evolutivos, ya que la activación de las fibras del NDV produce una disminución del aporte de oxígeno que puede resultar letal para el cerebro mamífero. La emergencia del NA como principal centro de regulación cardiopulmonar permitió una mejor regulación de los órganos

visceral y la promoción de un mayor rango de conductas adaptativas.

La interacción social adecuada es trascendental en el mantenimiento de nuestra salud mental física y psíquica. Se produce en los primeros años de vida y forja un patrón de comportamiento que direcciona nuestro estilo de relacionarnos con los demás y con nosotros mismos en el resto de nuestra vida. Si logramos una vinculación adecuada hablamos del apego seguro (Bowlby, 1969) que corresponde a la satisfacción de necesidades fundamentales de la persona. La teoría polivagal, sostiene que la capacidad de conectarnos con los demás depende del grado de desarrollo de las vías neurales que regulan el SNA. Y ese desarrollo, se refiere a la selectividad de reacción, velocidad y discriminación de respuesta vinculada a la mielinización de las vías vagales que conforman el sistema de conexión social.

Por lo cual, desde la teoría polivagal, este compartir visceral sólo puede ser posible si la persona se encuentra en un estado neurofisiológico de seguridad, que le permita sostener en su conciencia la experiencia de sufrimiento sin activar la reactividad propia de los sistemas de movilización y/o paralización. Sólo cuando esto ocurre, se puede comenzar a prestar atención al funcionamiento de la mente, tomar conciencia de sus propios procesos y profundizar en su práctica compasiva (de ahí la importancia del mindfulness). Este estado de seguridad se caracteriza por una alta influencia vagal sobre el corazón a través de las fibras del *sistema de conexión social*. Un concepto fundamental para comprender la seguridad de cada individuo corresponde a la Neurocepción. Se trata de un circuito neural que evalúa el nivel de riesgo en el que nos encontramos o llamado también proceso de evaluación automática que ocurre bajo el umbral de la conciencia (Porges, 2004)

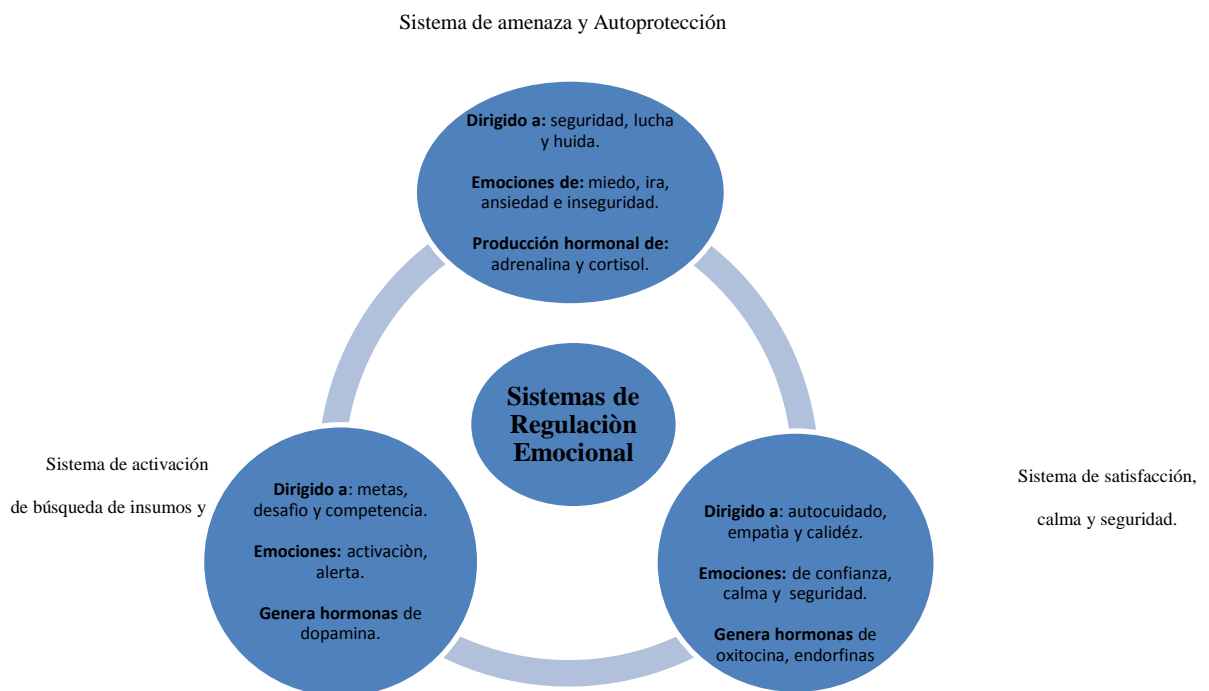
3.3. Sistemas de Regulación emocional.

Gilbert (2015) plantea que nuestro cerebro contiene, tres principales sistemas de regulación emocional, cada uno diseñado para hacer cosas distintas. Estos tres sistemas de regulación emocional son: (1) Sistema de amenaza y autoprotección (compartido por todas las especies;

su función es proteger a los individuos de las amenazas), (2) Sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos (su función es permitir que las personas experimenten sentimientos positivos que las guíen, motiven y animen a buscar recursos para sobrevivir y prosperar), (3) Sistema de satisfacción, calma y seguridad (su función es permitir que las personas experimenten tranquilidad y seguridad). Se encuentran interconectados y se han configurado con la evolución de nuestra especie. Por ello, tenemos una sensibilidad a ciertos estímulos producto de la influencia genética, pero que también se pueden activar, por condicionamiento a otros estímulos, en las primeras etapas de nuestro aprendizaje. A continuación, pasamos a comentar más detenidamente estos tres sistemas (Figura 5).

Figura 5

Sistemas de Regulación Emocional



Nota. Tomado de Gilbert (2015)

3.3.1. El sistema de amenaza y autoprotección:

Se trata de un sistema de activación rápida que provoca el estallido de emociones como la ansiedad, la ira, la indignación, el asco y la tristeza que se activan cuando detectamos peligros potenciales, amenazas u objetivos y metas que no se van cumpliendo. Según Gilbert (2015) estas emociones se extenderán por nuestro cuerpo alertándonos y forzándonos a pasar a la acción. Sus actuaciones tienen la finalidad de asegurar nuestra supervivencia, poniendo en marcha una serie de mecanismos fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. La evaluación automática se produce con gran rapidez y con casi ninguna intervención de las estructuras corticales; estaríamos hablando de la vía nerviosa inferior corta ya que el cerebro le concede prioridad. Se inicia, algunas veces, aún en ausencia de una amenaza concreta, basta con pensar en ella y el cuerpo reacciona a nuestros pensamientos como si reflejaran la realidad. Ni que decir tiene que esto último provoca importantes problemas psicológicos en los seres humanos. De igual forma el sistema se activa si se producen amenazas a las personas que amamos.

Así mismo, este sistema tiene prioridad sobre los otros dos, lo que nos puede conducir a serios inconvenientes. Cuando el modo de amenaza se encuentra activo, todo nuestro comportamiento está centrado en éste y orientado a la protección y seguridad (mentalidad de amenaza). Su desactivación es difícil porque se encarga de la protección de la vida y siempre está alerta. Se desactiva al ponerse en marcha los otros sistemas. Además, a veces, las estrategias que seguimos pueden estar equivocadas y generarnos conflictos y contradicciones.

3.3.2. Sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos:

Regula las emociones y motivaciones relacionadas con la búsqueda de recursos importantes del entorno (comida, sexo, relaciones, etc.) requeridos para nosotros, como para aquellos que

nos importan (Gilbert & Tirsch, 2009). Es el sistema que nos impulsa a buscar la satisfacción de necesidades básicas y superiores (estatus y poder). Se activa con conductas de logro, y nos proporciona la energía necesaria que nos permite actuar, conforme vamos dando pasos hacia la consecución de nuestros objetivos, nos genera sentimientos de bienestar y placer. De igual manera cuando recordamos lo que hemos logrado e incluso nuestros planes futuros. Además, vale la pena decir, que estas emociones neutralizan y contrarrestan las que se producen asociadas al sistema de amenaza. También, puede ser desadaptativo y difícil de desactivar porque su aceleración va ligada muchas veces a la experiencia de placer y puede provocarnos adicción.

3.3.3. El sistema de satisfacción, calma y seguridad

Relacionado con emociones como la alegría, el apego seguro, las relaciones con otras personas, todo ello conectado con el hecho de sentirnos contentos y seguros, lo cual no sólo implica la ausencia de riesgo, sino el surgimiento de emociones agradables y apacibles que provocan una sensación de bienestar. Se inicia su accionar cuando nos relacionamos con personas con las que nos sentimos vinculados emocionalmente, en sintonía y seguros, en especial con amigos y familiares, pero también se pone en marcha cuando realizamos prácticas de mindfulness y meditaciones de amor, amabilidad y de compasión (Depue & Morrone, 2005). Esto quiere decir que construir relaciones positivas y seguras con los demás y con nosotros mismos hace que desarrollemos calma y seguridad. Su activación ayuda a regular el funcionamiento de los sistemas de amenaza y de activación.

Según Gilbert, en la evolución de nuestra especie las conductas de vínculo especializaron a este sistema para que se activara asociado a las situaciones en las que recibimos o proporcionamos cuidados, sentimos la amabilidad de los demás o se la facilitamos y cuando hacemos o nos hacen favores. Dichas conductas tienen cualidades calmantes que generan sentimientos positivos de bienestar, seguridad y conexión social. Este sistema adquiere una

gran importancia, sobre todo para los profesionales relacionados con la atención de personas enfermas o con enfermedades terminales, pues su activación significa equilibrio emocional y bienestar para estos cuidadores.

Hay una idea fundamental que surge de la consideración de los tres sistemas neurológicos que menciona Gilbert (2015): las sensaciones de bienestar y de seguridad no surgen de la ausencia de amenazas, sino que aparecen asociadas a la puesta en funcionamiento de un sistema neurológico diferente, aquel que controla la cooperación social y que se activa con conductas asociadas al cuidado y a la conexión social (Cullen & Brito, 2015). En otras palabras, lo activamos cuando establecemos relaciones sociales de confianza y generosidad, reconociendo que los demás piensan positivamente de nosotros y se sienten dispuestos a ayudarnos o ayudamos desinteresadamente a los demás.

En definitiva, los tres sistemas son interdependientes y se relacionan de manera compleja en la producción de las emociones que en un momento determinado podamos sentir. El sistema de amenaza es prioritario porque se trata de defender nuestra vida, por ello, cuando se moviliza inhibe los otros dos y es difícil de desactivar. El de activación general y/o búsqueda de recursos ayuda a bloquear el sistema de amenaza. Así, la determinación en seguir nuestros valores sobrepasando los temores que nos embargan es la mejor forma de desactivar el sistema de amenaza. El sistema de bienestar es un regulador interno de los otros dos, que nos permite aportar calma, tranquilidad y paz, y contribuye con ello al restablecimiento del equilibrio emocional.

Según Gilbert (2009), la existencia de los tres sistemas de regulación y la prevalencia indistinta o dinámica de uno de ellos ocasiona que nuestra mente pueda organizar una mente compasiva, o por el contrario se puede organizar de manera distinta, es decir una mente amenazante. Lo uno es lo opuesto a lo otro. A consecuencia de ello, se origina una forma de pensar, sentir y actuar distinta para cada mente, sea compasiva o amenazante (lo cual fue

descrito en el apartado 3.1.3.).

3.4. Protocolos de terapia de la compasión.

Existen varios protocolos de entrenamiento en compasión, cuya estructuración facilita su aplicación, reproducción, evaluación y comparación, entre las que se destacan: Protocolo de Entrenamiento en compasión de base cognitiva (*Cognitive-Based Compassion Training: CBCT*), Entrenamiento en el cultivo de la compasión (*Compassion Cultivation Training: CCT*), Protocolo de Mindfulness y autocompasión (*Mindful Self-Compassion: MSC*), Terapia focalizada en la compasión (*Compassion-Focused Therapy: CFT*), a la que aquí se ha hecho más referencia debido a su mayor relevancia en la literatura científica, y Terapia de compasión basada en los estilos de apego. Todos ellos originados en países anglosajones (excepto la última, de origen español), y que se describen de forma resumida a continuación.

3.4.1. Protocolo de Entrenamiento en compasión de base cognitiva (Cognitive-Based Compassion Training: CBCT)

Diseñado por el Lobsang Tenzin Negi (2009), se basa en las prácticas de meditación budista y pretende una progresiva profundización en las prácticas generadoras de compasión, atención y estabilidad mental, partiendo de lo más sencillo a lo más complejo. El protocolo incluye una sesión semanal (8 temas/semanas) con una duración de 90 minutos cada una, además de tareas de compasión dentro del programa y fuera del mismo (LoParo et al., 2018). Trabaja las siguientes dimensiones: inteligencia, regulación emocional, autocompasión, interdependencia, aprecio, empatía, no discriminación y ecuanimidad; empleando técnicas cognitivo-conductuales para fortalecer el control del estrés (Reddy et al., 2013). Es un protocolo que ha sido utilizado como estrategia de prevención en caso de existir antecedentes de maltrato y enfermedades tanto en niños como en adultos (Asano et al., 2015), prestando atención a problemas psicosociales, mejora del funcionamiento interpersonal y previniendo así futuros problemas de estrés crónico. También un estudio de Gonzalez-Hernandez et al. (2018), ha

mostrado su eficacia para su aplicación a pacientes con cáncer, particularmente al reducir el impacto emocional que causan las mismas, lo que permite al paciente una mejor adaptación psicológica a su estilo de vida ($d = -0.56$, $p < .01$), autocuidado ($d = -0.60$, $p < .05$), fortalecimiento de la humanidad común ($d = -0.54$, $p < .05$) y la autocompasión ($d = -0.60$, $p < .01$). Algunos autores (Ozawa-de Silva & Dodson-Lavelle, 2011) señalan que la CBCT promueve sistemáticamente un profundo sentimiento de cariño hacia uno mismo y hacia los demás, beneficiando su adaptabilidad y adhesión a su estilo de vida y sensibilidad con los demás de su entorno.

3.4.2. Protocolo de Entrenamiento en el cultivo de la compasión (CCT)

Creado por Geshe Tupten Jinpa (2010), en la universidad de Stanford. Se trata de un académico tibetano y principal traductor del Dalai Lama, junto a psicólogos clínicos e investigadores de diferentes áreas interdisciplinarias.

El CCT integra prácticas contemplativas (Jazaieri et al., 2014) y está especialmente diseñado para desarrollar el carácter compasivo a largo plazo, actitud prosocial y direccionar su sistema de motivos centrados en el bien común; previene síntomas de estrés, trastornos severos como el burnout, fortalecen la empatía e incrementa la compasión en sus tres modalidades, compasión hacia otros, recibir compasión y autocompasión. El programa está estructurado de seis fases distribuidas en sesiones (8 sesiones/ 8 semanas) de dos horas cada una (Jazaieri et al., 2013). Aquí, se propone una definición que caracteriza la compasión como un estado mental multidimensional con cuatro componentes interactivos clave (Jinpa, 2010) que contribuyen a la ontología (constituyentes definatorios) y la fenomenología (características experimentales vividas) de la compasión y se detallan a continuación:

- Una conciencia del sufrimiento (conciencia cognitiva / empática)
- Preocupación comprensiva relacionada con ser emocionalmente conmovido por el sufrimiento (componente afectivo)

- Un deseo de apreciar el alivio de ese sufrimiento (componente intencional)
- Una respuesta o disposición para ayudar a aliviar ese sufrimiento (componente motivacional).

Para investigar los efectos del programa Entrenamiento de Cultivo de la Compasión (Scarlet et al., 2017), se aplicó durante 8 semanas a 62 profesionales de la salud, entre 22 y 80 años. Los participantes demostraron significativamente reducción del miedo a la autocompasión ($F\{3, 54\} = 5,44, p < .01$), y miedo a dar compasión a los demás, ($F\{3, 57\} = 5.48, p < 0,01$).

3.4.3. Protocolo de Mindfulness y autocompasión (Mindfulness Self-Compassion: MSC)

Creado por Kristin Neff y Christopher Germer (2013) para desarrollar la autocompasión consciente y el crecimiento personal. En cuanto a su estructura, se trata de un programa híbrido, aplicable tanto a la población clínica como al público en general. Los participantes se reúnen dos horas y media una vez a la semana durante ocho semanas, se realiza una jornada de retiro-meditación de cuatro horas, se proponen ejercicios y periodos de discusión en grupo y se asignan tareas para casa con una duración diaria de 40 minutos (Maynar & Germer, 2016). Los grupos están formados por 10-25 participantes y hay un instructor por cada 10 de ellos. Aunque este programa incluye las enseñanzas de la meditación *mindfulness*, lo hace de forma secundaria a través de una única sesión dedicada al aprendizaje de sus técnicas y habilidades.

Secuencialmente se va descubriendo la autocompasión: en la primera y segunda sesión practicando *mindfulness*, tercera sesión practicando la meditación de la compasión, cuarta sesión buscando la voz interna de la compasión, quinta sesión viviendo profundamente acuerdo con nuestros valores, sexta sesión aprendiendo a manejar las emociones difíciles, séptima sesión transformando nuestras relaciones interpersonales y octava sesión, acogiendo y aceptando nuestra vida.

Tras la aplicación del programa piloto, Neff & Germer (2013) encontraron que los participantes ($n = 21$) en población no clínica mostraron una mejora significativa de

autocompasión ($d = 1.67$; $p < .01$.) y compasión hacia las demás personas ($d = .68$; $p < .01$.). En el estudio también se observa una reducción de los niveles de depresión, ansiedad, estrés y evitación emocional. Otro resultado interesante es que todas estas variables se mantenían a los seis meses e incluso al año de finalizar el programa. Dicho programa ha tenido efectos positivos en la aplicación de estrés emocional, burnout y estrés postraumático (Auserón et al., 2017).

3.4.4. Protocolo de Terapia focalizada en la compasión (Compassion-Focused Therapy: CFT)

Creado por el psicólogo Paul Gilbert (2015) en la Universidad de Derby, para trabajar con pacientes con altos niveles de autocrítica y vergüenza y así evitar el desarrollo de trastornos más graves (Leaviss & Uttley, 2015). El modelo CFT (por sus siglas en inglés), podría decirse que recoge o integra elementos claves de los anteriores protocolos: Entrenamiento en compasión de base cognitiva (Cognitive-Based Compassion Training: CBCT), Entrenamiento en el cultivo de la compasión (CCT), y el Protocolo de Mindfulness y autocompasión (Mindful Self-Compassion: MSC), pero se centra y enfatiza, a diferencia de los anteriores, en los tres sistemas básicos de regulación emocional, ya descritos en apartados anteriores y con especial atención en las estrategias de amenaza y seguridad.

Del modelo CBCT recoge la búsqueda del pensamiento irracional, identificación de pensamientos bloqueados, atrapados en reduccionismos que no permiten su comprensión y su aplicación para resolver problemas, por lo que desarrolla conductas de seguridad. En éste sentido, la CFT, considera que nuestro cerebro, producto del desarrollo filogenético, genera automáticamente estrategias de seguridad, autoprotección y bienestar.

Del modelo CCT, recoge los postulados de valores, puesto que la compasión y el bienestar emocional surgen dentro de un contexto que incluye el desarrollo de la ética, la concentración, la comprensión, empatía y el compromiso personal.

Del modelo MSC, podemos decir que *mindfulness* o atención plena es también fundamental

para el desarrollo de la compasión. Para Gilbert, centrarnos en el pasado o en el futuro a veces es necesario, siempre y cuando exista un hilo conductor que lo dirija. Para ello la práctica de la atención plena promueve comportamientos compasivos de forma regular y propicia la motivación, las emociones y los sistemas cognitivos que sustentan la compasión para que se integren más en el sentido de una identidad propia.

El protocolo CFT se organiza en base a formulaciones (Gilbert, 2015), considerando que se trata de un proceso individual, que cubre el pasado y presente, como también la comprensión de los pensamientos, emociones y comportamientos de esa persona. Para lograrlo, se deben tomar en cuenta los elementos básicos. Para la formulación o análisis los casos clínicos propone seguir unas fases interconectadas (Gilbert, 2015): 1) evaluación de los antecedentes e influencias históricas del caso o la persona (es decir, experiencias tempranas de apego y eventos de la vida, que iluminan los recuerdos emocionales de sentirse inseguro y descuidado y/o fácilmente amenazado); 2) amenazas clave (es decir, amenazas clave externas e internas en torno a temas arquetípicos e innatos de abandono, rechazo, vergüenza y abuso/daño); 3) estrategias de seguridad (es decir, formas de hacer frente a amenazas externas y / o internas; estas pueden ser internalizar o externalizar); y 4) consecuencias imprevistas (es decir, los esfuerzos de las personas para hacer frente a sus amenazas clave a menudo conducen a consecuencias no deseadas, que generalmente empeoran esas mismas amenazas).

El protocolo CFT incluye 6 sesiones:

- 1) Evaluación de los problemas y síntomas actuales, dentro del marco del establecimiento de una relación psicoterapéutica.
- 2) Escucha reflexiva de la historia vital del individuo en su contexto sociocultural para posibilitar el *insight* respecto a los recuerdos emocionales.
- 3) Estructuración del modelo de los cuatro ámbitos: amenazas, estrategias de seguridad y consecuencias imprevistas. Destacando comportamientos de consumo o conductas

autolesivas.

- 4) Exposición del modelo de la mente evolucionada (diagrama del cerebro), promoviendo la toma de responsabilidades.
- 5) Desarrollo de tareas terapéuticas (por ejemplo, ejercicios como el control de pensamiento y generación de alternativas, experimentos de conductas o tareas graduales, desarrollo del yo compasivo, imaginación compasiva y escritura de carta compasiva), explorando bloqueos y dificultades.
- 6) Síntesis de las sesiones anteriores, ajustando las tareas terapéuticas necesarias.

En cuanto a su eficacia, Judge, Cleghorn, McEwan & Gilbert (2012), en un estudio a una población con serios problemas de salud mental ($n = 27$), a quienes se les aplicó el protocolo CFT (12-14 semanas), encontraron importantes reducciones para depresión ($\eta p^2 = .701$, $p = .000$), ansiedad ($\eta p^2 = .458$, $p = .000$), vergüenza interna ($\eta p^2 = .593$, $p = .000$) y externa ($\eta p^2 = .377$, $p = .001$), entre otras variables.

La eficacia de la CFT sobre la salud mental y el nivel de conexión social ha sido mostrado en diversos estudios y tanto en poblaciones generales como en clínicas (Kirby et al., 2017; Shonin et al., 2017; Shonin et al., 2015). Su aplicación se ha realizado en personas con niveles elevados de vergüenza y autocrítica, los cuales provenían de ambientes maltratadores sea por abuso u omisión (Gilbert, 2014) conforme lo son los menores infractores y a quienes se solicitaba una evaluación integral, amplia disponibilidad de atención, abordaje intercultural, compromiso de participación familiar, seguridad física y psicológica, etc. (Branson et al., 2017). Además, en personas con depresión y ansiedad (Judge et al., 2012), demostrando que adoptar un comportamiento compasivo consigo mismo y con los demás, promueve el bienestar individual y mejora la salud mental (Cosley et al., 2010; Epstein et al., 2005; Feldman & Kuyken, 2011; MacBeth & Gumley, 2012; Redelmeier et al., 1995). Así mismo, los resultados de la aplicación de CFT en pacientes con antecedentes de trauma relacionado con el ejército

(Grodin et al., 2019), indican que es prometedora para reducir la ira, disminuir los temores a la compasión y disminuir la gravedad de los síntomas del Trastorno por estrés postraumático.

En este sentido y a la vista de los resultados obtenidos en diversos estudios, respecto a las diferencias obtenidas en el pre y post tratamiento de la CFT, por ejemplo en depresión (Lee & Bang (2010), $d = 0.72$; Lo et al. (2013), $d = 0.94$; Neff & Germer (2013) , $d = 0.91$; Pons (2014), $d = 0.79$); en ansiedad (Lee & Bang (2010), $d = 0.90$; Lo et al. (2013) $d = 0.75$; Neff & Germer (2013) $d = 0.74$; Pons (2014) $d = 0.49$); en trastornos psicológicos (Lee & Bang (2010) = $d = 0.93$; Lo et al. (2013) $d = 0.59$; Neff & Germer (2013) $d = 0.39$; Pons (2014) $d = 0.96$) y en bienestar (Lee & Bang (2010) = $d = 1.17$; Lo et al. (2013) $d = 0.66$; Neff & Germer (2013) $d = 0.33$; Pons (2014) $d = 0.38$), no se puede desestimar su aporte y se debe investigar qué prácticas pueden facilitar los cambios en los problemas específicos de los AI.

Para finalizar, Zahra & Mojtabaie (2016) estudiaron en el Centro de Corrección y Rehabilitación de Teherán el efecto de la CFT en la mejora de los comportamientos de autolesión en AI. La muestra constituida por 44 AI autolesivos (24 en el grupo experimental y 20 en el grupo control). El grupo experimental fue tratado usando terapia centrada en la compasión (CFT), que consistía en 8 sesiones de 90 minutos cada una y desarrollada dos veces por semana. Los resultados de esta investigación mostraron que CFT ha sido eficaz para reducir los comportamientos autolesivos de los AI en la etapa de seguimiento ($p = 0.001$, $F = 5.84$). Concluyendo que la CFT ha sido eficaz para aprender a regular las emociones negativas y, disminuir la resistencia de los sujetos contra el miedo a la compasión.

3.4.5. Protocolo de Terapia de compasión basada en los estilos de apego (TCBEA)

Se ha desarrollado tomando principalmente los postulados de la Terapia centrada en el cliente de (Rogers, 1957), y la teoría de los apegos (Bowlby, 1969), además, obviamente de la CFT. Los autores son García Campayo, Navarro, Modrego Morillo y Correa (2016). En este protocolo se destaca el sistema de apegos de un sujeto como la configuración del modo de

vincularse con otras personas y responsable de futuras conductas en función del sistema de crianza que reciben los niños por parte de sus cuidadores. Así, la TCBEA se interesa en el estilo de crianza del paciente y anticipa cómo será su desarrollo en el futuro a partir de su infancia (Campayo et al., 2016). De esta forma, el apego o vínculo afectivo es un concepto psicodinámico que describe la relación que los niños establecen con sus padres en los primeros años de vida y que es fundamental para determinar el tipo de relación que, posteriormente, establecerá con el resto de las personas.

El protocolo se realiza durante 8 sesiones de manera semanal con 2 horas de duración cada una. Véase el detalle en la tabla 4.

Tabla 4

Protocolo de Terapia de compasión basada en los estilos de apego

Periodo	Objetivo	Actividades
Semana 1:	Atención amable:	Recepción y preparación de proceso
Semana 2:	Descubrimiento de nuestro mundo compasivo:	Identificación de apegos seguros, gestos compasivos, desarrollar un lugar seguro, descubrir en qué son buenos.
Semana 3:	Desarrollar nuestro mundo compasivo:	Explicar cómo actúa la compasión y su eficacia, trabajar sobre la autocrítica, y comprensión.
Semana 4:	Entendimiento de nuestra relación con la compasión:	Explicar sobre modelos de apego y su importancia, brindar toma de conciencia del modelo de apego y ser capaz de recibir afecto
Semana 5:	Trabajando sobre nosotros mismos:	La importancia del afecto personal y hacia los demás, ofrecer y darse afecto, reconciliación con los padres o cuidadores.
Semana 6:	Compasión avanzada 1: El Perdón:	Explicación de la culpa y la importancia del perdón, perdonar a otros como a sí mismo, conocimiento de interdependencia.

Semana 7:	Compasión avanzada 2: Convertirse en la propia figura de apego y manejo de las relaciones difíciles:	Trabajar los 3 periodos: la envidia, utilidad de nuestra figura de apego, manejo de relaciones difusas.
-----------	---	--

Nota. Adaptado de Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego de García Campayo et al.(2016).

El proceso de terapia pretende identificar el estilo de apego que se configuró en el sujeto cuando era niño, el cual es actual responsable de su interacción social, además de reconocer las facetas del cuidado proporcionado por sus cuidadores primarios como parte fundamental en el reconocimiento de su estilo de crianza actual.

En cuanto a su eficacia, un estudio de Santos et al., (2022) aplicaron este protocolo durante 16 semanas a 11 pacientes con fibromialgia con un promedio de edad de 54 años. Los participantes demostraron significativamente reducción de la ansiedad ($r = 0.89$, $p = 0.003$), depresión ($r = 0.89$, $p = 0.003$) y aumento de la autocompasión ($r = 0.75$, $p = 0.012$).

3.6. Síntesis y conclusiones

La Terapia de la compasión se trata de un enfoque ecléctico que incluye diferentes corrientes terapéuticas, especialmente aportaciones del budismo, neurociencia afectiva, teoría evolutiva, teoría cognitiva y los aspectos de las relaciones interpersonales, entre otros aspectos.

Sus aplicaciones están relacionadas con la conciencia equilibrada, vergüenza y estados del ánimo inapropiados. Tomando en cuenta aquello, más estudiosos han empleado dicha intervención hacia otros conflictos o enfermedades logrando desarrollar diversos protocolos de intervención.

En la terapia, destaca un enfoque evolutivo. Las personas van cursando diferentes etapas en las que presentaran crisis de desarrollo (aparecen naturalmente) y crisis circunstanciales (son inesperadas) en las que adoptar posibles alternativas de solución pueden ser perjudiciales para su estado anímico o soluciones adecuadas. Generalmente las personas no saben porque se sienten inadecuados, inferiores o pesimistas, pero si saben que no están bien. La Terapia de la

compasión pretende que la persona se vuelva consciente y posea una mayor capacidad de interiorización. Otro propósito de la Terapia es promover la compasión en uno mismo, denominado autocompasión. Al ser autocompasivo se tiene la posibilidad de que los pensamientos y sentimientos que agreden sean minimizados produciendo un estado de control y seguridad facilitando la maduración cognitiva.

Algunas de las más importantes intervenciones de la compasión se han diseñado a través de protocolos. Así tenemos: 1) Protocolo de Entrenamiento en compasión de base cognitiva, sostenida teóricamente por tradición budista tibetana de lojong y la teoría cognitiva, su aplicación ha mejorado la adaptación a su estilo de vida, autocuidado, fortalecimiento de la humanidad común y la autocompasión.; 2) Protocolo de Entrenamiento en el cultivo de la compasión, fundamentada en las teorías de las prácticas contemplativas del budismo tibetano y la Psicología occidental, incluida la investigación en ciencias psicológicas aplicadas. El programa se aplicó durante 8 semanas y los resultados demostraron significativamente reducción del miedo a la autocompasión, y miedo a dar compasión a los demás; 3) Protocolo de Mindfulness y autocompasión, sus bases teóricas son tomadas de Psicología budista, Investigación en Ciencias Psicológicas Aplicadas (Neurociencia y Psicología Social), sus intervenciones han producido tamaños de efecto alto en autocompasión y efecto medio en compasión hacia los demás; 4) Protocolo de Terapia centrada en la compasión (Compassion-Focused Therapy: CFT) cuyos conceptos teóricos nacen de la Psicología aplicada a las neurociencias, Psicología evolutiva, social, budista y la teoría del apego, luego de su aplicación (12-14 semanas) se encontraron reducciones en depresión, ansiedad, vergüenza interna y externa ; 5) Protocolo de Terapia de compasión basada en los estilos de apego, cimentada en la Terapia centrada en el cliente, la teoría de los apegos y la terapia centrada en la compasión se aplicó a pacientes con fibromialgia (16 semanas) habiendo reducido significativamente la ansiedad, depresión y aumento de la autocompasión.

Para finalizar el capítulo, una vez que se ha identificado los componentes principales de la CFT, su dinámica de funcionamiento y ejemplos de su aplicación podemos concluir que puede ser prometedora en razón de los resultados obtenidos. Sin embargo, se necesitan más investigación a gran escala y de mayor calidad antes de que pueda considerarse una práctica basada en la evidencia.

B. Segunda parte. Investigación empírica.

1.

Capítulo 4. Planteamiento general

En el primer trabajo empírico de esta tesis (capítulo 5) se realizará un estudio sobre la autocompasión como predictor de la conducta delictiva, mediante el estudio en una muestra de adolescentes infractores (AI) y otra muestra de no infractores (nAI).

A partir de los resultados de dicho estudio en el que se observa una relación entre la compasión y la conducta delictiva, además de otras evidencias al respecto encontradas en otros estudios realizados ya comentados en la parte teórica de esta tesis, se ha planteado un segundo trabajo correspondiente al diseño de un protocolo de la terapia centrada en la compasión (CFT) adaptada a adolescentes infractores (véase Anexo 2), y que corresponde al capítulo 6.

En tercer lugar, recogiendo las aportaciones descritas en la parte teórica y en base al protocolo terapéutico desarrollado, se aplica dicho protocolo centrado en la compasión (capítulo 7) a una muestra de AI, internados en dos centros de internamiento de adolescentes infractores del Ecuador (ubicados en las ciudades de Machala y Guayaquil), que se les aplicara la CFT adaptada (AI-Machala), un grupo de control (AI, privados de su libertad, pero no reciben CFT) y un grupo de comparación (sin problemas legales que no reciben ningún tipo de terapia). Una vez analizados los resultados de cada trabajo de investigación (que serán discutidos de manera breve en los capítulos correspondientes), en el capítulo 8 se desarrollará una discusión general de los resultados de los tres estudios que se acaban de describir. Finalmente, la tesis se cerrará con el capítulo 9 dedicado a mostrar las conclusiones e implicaciones del conjunto de los 3 estudios.

Capítulo 5. Estudio 1: Estudio descriptivo-exploratorio de la relación entre la autocompasión y predictores de conducta delictiva en adolescentes infractores²

² El presente estudio ha sido publicado en: Dávila Gómez, Dávila Pino & Dávila Pino (2020) Self-Compassion and Predictors of Criminal Conduct in Adolescent Offenders, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29:8, 1020-1033, DOI: 10.1080/10926771.2019.1697778. Se realizan correcciones al traducir del inglés para mejorar el texto.

5.1. Resumen

Realizamos un análisis de la autocompasión, indicador positivo de salud mental, como predictor de conducta delictiva en delincuentes adolescentes privados de libertad. En una muestra de 63 adolescentes delincuentes, varones entre 12 y 18 años, se midió la conducta delictiva, autocontrol, agresión, empatía y autocompasión analizando sus relaciones.

También se examinaron las asociaciones entre las subescalas de autocompasión y autocontrol. Según el cuestionario de conducta delictiva utilizado, el 52,4% de la muestra tiene un nivel alto de conducta delictiva (percentil 85-99). Los resultados del análisis correlacional indican que la autocompasión está asociada a las variables autocontrol y empatía; la variable de autocontrol se reveló como predictor. Las correlaciones revelaron que las subescalas de bondad hacia uno mismo y atención plena estaban asociadas con el autocontrol; el análisis de regresión lineal simple mostró la existencia de una relación entre el autocontrol (variable predictor) y las subescalas auto-bondad y atención plena (variable a predecir). Se discuten las implicaciones y limitaciones de estos resultados.

5.2. Introducción

El término “conducta delictiva” se refiere a conductas identificadas y sancionadas por la legislación penal del país correspondiente (Antolín, 2011). La conducta delictiva debe entenderse como producto de diferencias individuales y sucesos de la vida (Laub & Sampson, 1991; Moffitt, 1993), donde se reconoce la influencia de la edad y los mecanismos de control social, así como el tipo de control. Según López y López (2003), en el caso de la conducta delictiva, existe un patrón de comportamiento caracterizado particularmente por bajo autocontrol y tensión emocional, desconocimiento de las normas sociales, extraversión, ansiedad e independencia. Según Gottfredson y Hirschi (1990), la falta de autocontrol identifica la conducta delictiva y se define como la inhibición de alternativas de acción

percibidas o la interrupción de un curso de acción. Acción que está en conflicto con la propia moralidad del agente (Wikström & Treiber, 2007, 2009), llegando a considerarla una habilidad.

Se debe considerar la estructura de la personalidad (Seisdedos, 1995) y señalar como un componente clave que sería el rasgo de la agresividad (Farrington, 1989; Redondo & Pueyo, 2007). La manifestación agresiva en la infancia y el mantenimiento en la adolescencia predice parte del comportamiento antisocial y delictivo y, a veces, el desarrollo de un trastorno antisocial (Huesmann et al., 2002). Dentro de la conducta delictiva se incluye la agresión interpersonal (Hinshaw & Zupan, 2002). Eron (2002) considera que la agresión es el epítome del comportamiento antisocial. En el presente estudio, la conducta agresiva se debe considerar el uso de medios coercitivos para dañar a otros, favoreciendo la obtención de beneficios personales (Torregrosa, et al., 2012).

Otro punto de vista, para comprender el comportamiento delictivo en adolescentes. (Gini et al., 2015; Gini et al., 2014; Kokkinos y Kipritsi, 2017) es la desconexión moral que se rige por estrategias cognitivas (Bandura, 2002). Al permitirle actuar en oposición a criterios ético-morales dentro de un sistema social (Doyle & Bussey, 2017), y en muchos casos, pueden evitar la autocensura (Giulio et al., 2018) y la culpa. El sentido de empatía y el comportamiento socialmente positivo disminuye (Giulio et al., 2018; Kokkinos & Kipritsi, 2017; Raskauskas et al., 2010). Es decir, cuando el individuo está moralmente desconectado, no se activan los procesos de autocontrol relacionados con la autoevaluación negativa de conductas agresivas o delictivas, evitando así la culpa, la vergüenza, la autocensura y los niveles de empatía disminuyen.

Son precisamente los individuos empáticos los que son menos agresivos por su sensibilidad emocional y su capacidad para comprender las potenciales consecuencias negativas para ellos mismos y los demás, que pueden derivarse de la agresión.

Por tanto, la empatía se relaciona negativamente con el comportamiento agresivo y

positivamente con el comportamiento prosocial. De ahí la necesidad de tener presente esta variable en el contexto del marco educativo, con el fin de favorecer su adaptación social. Según Garaigordobil y Maganto (2016), cuando se fomenta la empatía en los adolescentes, se disminuyen las conductas violentas. Para Eisenberg (2005) la capacidad de controlar las emociones (autocontrol) en los niños juega un papel fundamental papel en la promoción del desarrollo de la conducta prosocial.

En este marco de análisis, la autocompasión se relaciona positivamente con los índices de salud y bienestar psicológico (Akin, 2008; Hollis-Walker y Colosimo, 2011; MacBeth y Gumley, 2012; Michalec et al., 2009; Van Dam et al., 2011; Zessin et al., 2015) y puede ser un amortiguador de la conducta delictiva. Esto ha sido corroborado de manera convincente a través de la literatura de investigación que muestra que una mayor autocompasión está relacionada con una menor presencia de trastornos psicopatológicos (Barnard y Curry, 2011).

Neff (2012) ha señalado que la autocompasión implica ser cálidos y comprensivos con nosotros mismos en lugar de criticarnos cuando estamos sufriendo, cuando sentimos que hemos fallado o cuando nos sentimos incompetentes. El concepto de autocompasión se ha definido como una triple estructura dimensional. Cada componente tiene dos partes, la presencia positiva y su correspondiente negación. Estos tres conceptos son: (a) ser amable y comprensivo con uno mismo en lugar de juzgarse a sí mismo, (b) considerar los errores como parte de la condición humana y un elemento clave para incrementar la experiencia, en lugar de aislarse, y (c) la celebración de uno mismo en medio de pensamientos y sentimientos dolorosos en atención consciente en lugar de evitarlos o identificarse con ellos. Estos componentes se combinan e interactúan entre sí para crear un estado de ánimo compasivo.

La bondad hacia uno mismo implica extender el perdón, la empatía, la sensibilidad, la calidez y la paciencia a todos los aspectos de uno mismo, incluidas todas las acciones, sentimientos, pensamientos e impulsos (Gilbert & Irons, 2005). Esto implica que incluso

después de un grave error, uno merece amor y afecto; en contraste, las personas que se juzgan a sí mismas rechazan sus propios sentimientos, pensamientos y acciones (Brown, 1998). La humanidad común implica que nos perdonamos a nosotros mismos para ser plenamente humanos siendo limitados e imperfectos (Neff, 2003a); perdón, en contraposición a aislarse, porque muchas personas en momentos de dolor o frustración se sienten aisladas de los demás.

Mindfulness implica conocimiento, atención y aceptación del momento presente (Shapiro et al., 2005; Shapiro et al., 2007).

Se cree que la atención consciente puede ayudar a una experiencia y un aprendizaje más profundos de las generaciones presentes sin las distracciones de las autoevaluaciones o preocupaciones sobre el pasado o el futuro (Neff, 2003a); lo contrario sería la sobreidentificación y la evitación. Las personas que tienden a identificarse pueden magnificar los errores (Shapiro et al., 2007). El otro extremo es evitar experiencias, pensamientos y emociones dolorosas (Kabat-Zinn, 2003).

En el campo de la aplicación psicoterapéutica, se han demostrado intervenciones exitosas con autocompasión en delincuentes violentos. Esto confirma que el comportamiento violento futuro disminuye (Murphy et al., 2005). Se ha observado que la empatía (Neff & Germer, 2013) y el autocontrol pueden ayudar a aumentar la autocompasión. Por un lado, la relación empática permite al paciente discutir las vulnerabilidades y ser aceptado por el terapeuta, cuyo modelo de compasión puede mejorar la autocompasión del cliente (Greenberg et al., 1998). Mientras que, por otro lado, el autocontrol de los pensamientos, sentimientos y comportamientos puede ayudar a los clientes a observar, aceptarse y afirmarse a sí mismos (Barrett-Lennard, 1997).

Stosny (1995) describió la autocompasión como “incompatible con la conducta antisocial” (p. 82). También se ha observado que la autocompasión tiene una relación negativa con la ira (Neff & Vonk, 2009), y una relación positiva con la autoestima, la preocupación por los demás y las relaciones sociales (Murphy et al., 2005). Además, la autocompasión protege a los

adolescentes de los efectos del estrés social (Bluth, et al., 2015).

Otro posible vínculo entre la autocompasión y la conducta delictiva surge con el componente de *mindfulness*, considerado como la práctica que proporciona conciencia y voluntad de pensamientos y acciones a las personas en el momento presente, sin juzgar (Grossman et al., 2004). Debido a la conciencia intencional de la atención plena se cree que también engloba el autocontrol (Bowlin & Baer, 2012); y aumenta cuando se asocia con la práctica de la meditación (Grossman et al., 2004). En este sentido, la práctica de la meditación ha demostrado que ha reducido la tasa de reincidencia en un 43% en un estudio de 15 años en la prisión de Folsom (Rainforth et al., 2003).

A tenor de lo señalado, el objetivo de este trabajo es investigar la relación entre la autocompasión, el autocontrol, la empatía y la agresión en la población adolescente infractora estudiada.

5.3. Método

5.3.1. Participantes

La muestra fue seleccionada por muestreo de conveniencia y estuvo conformada por 63 adolescentes infractores, entre las edades de 12 y 18 años, que estaban privados de su libertad en dos centros especializados para menores infractores de Guayaquil y Machala, Ecuador. De la muestra seleccionada, 28 fueron privados de libertad por delitos contra la propiedad, 15 por delitos sexuales, 15 por delitos contra las personas y 5 por tráfico de drogas. La edad promedio de los participantes fue de 16.7 años (DE = 1.13), de los cuales el 6.9% tenía entre 12 y 14 años, el 77.9% entre 15 y 17 años y el 15.2% tenía 18 años. Nivel educacional corresponde a la educación básica promedio 17 (27%), a la educación básica superior 29 (46%) y al bachillerato general unificado 17 (27%).

5.3.2 Variables e Instrumentos

Para evaluar la conducta delictiva se utiliza el cuestionario de conducta antisocial-criminal,

elaborado por Seisdedos (1995), es un instrumento compuesto por dos subescalas, cada una formada por 20 ítems de respuesta dicotómica (sí o no). La tarea es informar si se han realizado los actos antisociales y criminales señalados durante el último año. Para el presente estudio se utilizará únicamente la subescala delictiva, cuya confiabilidad, en esta muestra, medida a través del alfa de Cronbach, es de 0.90.

Para evaluar la autocompasión se utiliza la escala de autocompasión (SCS) es un cuestionario de autoinforme de 26 ítems (Neff, 2003a). En la presente investigación se ha utilizado la traducción al español (García-Campayo et al., 2016). Está diseñado para evaluar la autocompasión general (puntaje total) y sus dimensiones a través de tres componentes conceptualmente distintos, pero teóricamente relacionados: humanidad común, atención plena y bondad. Aunque el constructo se definió utilizando las tres facetas (Neff, 2003b), el análisis factorial presentó seis subescalas, que representan los aspectos positivos y negativos de cada faceta. Estos ítems fueron diseñados para evaluar cómo los encuestados perciben sus acciones hacia ellos mismos en momentos difíciles y clasificarlos usando una escala Likert de 5 puntos (1 = casi nunca..., 5 = casi siempre). El SCS tiene una un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .78 para Auto-amabilidad, .66 para Humanidad compartida, .67 para Conciencia plena, .73 para Auto-juicio, .78 para Aislamiento, y .70 para Sobre identificación (Pastorelli & Gargurevich, 2018). La confiabilidad de la Escala de Autocompasión en el presente estudio, medida a través de la alfa de Cronbach, es de 0.81 para el total de los ítems y 0.65 (autoamabilidad), 0.54 (auto juicio), 0.55 (humanidad común); 0.53 (aislamiento); 0.56 (atención plena); 0.41 (sobreidentificación).

Para evaluar el autocontrol se utiliza el cuestionario de autocontrol (Rosenbaum, 1980) versión en español, adaptado por Capafóns y Barreto (1989) evalúa las habilidades para controlar los efectos interferentes de eventos internos (como emociones y dolor o pensamientos) que afectan el desempeño de la conducta. El cuestionario constaba de 36 ítems,

respecto de los cuales el sujeto debe indicar el grado en que lo describen o caracterizan, con respuestas tipo Likert (puntuaciones desde -3, que dice, “no me caracteriza ni me describe”, a 3, que dice, “me caracteriza y me describe mucho”). Mediante su aplicación se obtiene un resultado en la competencia aprendido a puntajes más altos de un mayor repertorio de autocontrol y manejo de situaciones aversivas. La confiabilidad de la Escala de Autocontrol del presente estudio, medida mediante la alfa de Cronbach, es de 0,77.

Para evaluar la agresión física y verbal, hostilidad e ira se utiliza el cuestionario de Agresión AQ (Buss & Perry, 1992), consta de 29 ítems, en escala Likert con cinco opciones de respuesta (1 = completamente falso..., 5 = completamente cierto), que puntúa entre 29 y 145 puntos. Para este estudio se ha utilizado la versión española de Andreu, Peña y Graña (2002). Los autores del cuestionario encontraron una estructura de cuatro dimensiones: agresión física, agresión verbal, hostilidad e ira. Los dos primeros constituirían el componente instrumental de la agresividad, es decir, el elemento proactivo con sus dos posibles formas de manifestación, la hostilidad y la ira. La hostilidad conformaría el componente cognitivo, mediante el cual se activan los procesos intencionales de atribución de significados y luego la ira se incluiría dentro del componente emocional y afectivo. La fiabilidad del cuestionario, en el presente estudio, medido a través del alfa de Cronbach, es 0,90 para el total de los ítems y 0,82, 0,66, 0,61, 0,67 para los 4 factores de agresión antes señalados.

Para evaluar la empatía se utiliza la Escala de Empatía Básica (Jolliffe & Farrington, 2006), consta de 9 ítems, en una escala Likert con cinco opciones de respuesta (1 = completamente falso..., 5 = completamente verdadero), que puntúa entre 9 y 45 puntos. Para este estudio, se ha utilizado la versión española de Oliva Delgado et al. (2011). Los ítems se distribuyen en dos escalas, una correspondiente a Empatía afectiva, compuesta por los ítems 1, 2, 3 y 6; y otro correspondiente a Empatía cognitiva formado por los ítems 4, 5, 7, 8 y 9. También ofrece una puntuación global que puede ser considerada como un indicador de la empatía general de los

adolescentes. La confiabilidad de la escala de empatía en la presente investigación, medida a través del Alfa de Cronbrach, es 0,80. (total), 0,58 (cognitivo) y 0,82 (afectivo).

5.3.3 Procedimiento

Una vez recibida la autorización de los representantes legales de las dos instituciones, se incorporaron los consentimientos informados de los padres y adolescentes. Las pruebas se aplicaron en dos centros de adolescentes infractores (1: Machala, y 2: Guayaquil) en grupos reducidos de no más de 15 personas y se presentaron en el siguiente orden: la escala delictiva, el cuestionario de agresión, la escala de empatía y finalmente la escala de autocompasión. Los educadores acompañaron el proceso en el aula y se resolvieron las dudas o requerimientos planteados por los participantes.

5.3.4 Diseño y Análisis de datos

En esta investigación se ha utilizado un diseño de tipo ex post facto (Kerlinger, 1973).

Se realizó un análisis descriptivo (media, desviación estándar, mínimo y máximo) y se obtuvieron los perfiles delictivos de los adolescentes investigados. Los análisis de correlación y regresión se utilizaron para explorar la relación que tiene la autocompasión con el autocontrol, la agresión, la empatía y su interacción. También se examinaron las asociaciones entre las subescalas de autocompasión y la escala de autocontrol. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 22 (IBM SPSS Statistics, 2017).

5.4. Resultados

Se calcularon los puntajes mínimos y máximos de cada una de las escalas, su media y su desviación estándar (Tabla 5). Con relación a la conducta delictiva, el 52.4% de la muestra del estudio tenía un alto nivel de conducta delictiva:

Tabla 5*Media, desviación típica, mínimo y máximo de los instrumentos incluidos en el estudio*

	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Conducta Delictiva	5.46	5.18	0	19
Autoamabilidad	82.03	10.10	60	110
Humanidad Común	3.32	0.93	1.40	5
Atención Plena	3.10	0.92	1.50	5
Autojuicio	2.75	0.83	1	4.40
Aislamiento	3.09	0.94	1	5
Sobreidentificación	2.94	0.86	1.25	4.50
Auto-control	33.41	24.26	-24	108
Agresividad	85.57	21.92	40	133
Empatía	29.06	7.20	13	43

El 15.9% se inscribió en el perfil de alto riesgo (percentil 85–90) y el 36.5% en el perfil delictivo (percentil 95–99); y el 47.6% de la muestra tenía un nivel bajo. (Tabla 6).

Tabla 6*Perfiles de la Escala Delictiva en adolescentes infractores*

Escala D	Adolescentes infractores % (n)
Bajo riesgo	47.6(30)
Alto riesgo	15.9(10)
Perfil delictivo	36.5(23)

Observamos los coeficientes de correlación de Pearson de las variables psicológicas estudiadas. En la mayoría de los casos, el patrón de asociaciones observado fue el esperado. La autocompasión mostró una relación positiva y estadísticamente significativa con el

autocontrol ($r = .30, p < .05$), de la misma manera con la empatía ($r = .28, p < .05$) y con la agresividad no tuvo relación positiva ($r = .09, p > .05$). Además, el autocontrol está asociado con la empatía ($r = .29, p < .05$). La agresividad no se relacionó con las otras variables.

También se realizó un análisis de regresión múltiple para examinar en qué medida el rasgo de autocompasión de los participantes estaba asociado con el autocontrol, la agresión y la empatía. Antes de aplicar el análisis, se examinó la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov; los resultados indicaron normalidad de la distribución de las puntuaciones en las pruebas del estudio actual. La Tabla 7 describe los coeficientes estandarizados y no estandarizados de este modelo de regresión.

Tabla 7

Coefficientes de Correlación entre los instrumentos incluidos en el estudio

	SCS	Autocontrol	Agresividad	Empatía
SCS	–		–	–
Autocontrol	0.30	–		
Agresividad	-0.09	0.29*	–	–
Empatía	0.28*		-0.04	–

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabla 8*Coefficientes de regresión para la autocompasión*

	No estandarizados	Estandarizados
Autocontrol	.10*	.24*
Agresividad	-.04	-.09
Empatía	.29	.21

*p < .05, **p < .01.

Tabla 9*Coefficientes de Correlación entre las subescalas de autocompasión y autocontrol*

	Autocontrol
Auto amabilidad	0.37**
Humanidad Común	0.19
Mindfulness	0.45**
Auto juicio	0.01
Aislamiento	0.19
Sobre identificación	0.08

*p < .05, **p < .01.

Se encontró que el modelo de regresión múltiple con los tres predictores no era estadísticamente significativo. Sin embargo, el análisis de regresión mostró la existencia de una relación entre las variables que responde a la siguiente: $\text{Autocompasión} = 77.81 + 0.126 \text{ Autocontrol}$. El coeficiente de determinación fue de 0.09.

Al encontrar una asociación significativa entre las puntuaciones de autocompasión y autocontrol, se realizó la correlación de Pearson para determinar si había una asociación entre las puntuaciones de las subescalas de autocompasión y autocontrol. La Tabla 9 describe los

coeficientes de correlación entre las subescalas de autocompasión y autocontrol. El autocontrol mostró correlaciones positivas con la bondad hacia uno mismo ($r = .37, p < .01$) y la atención plena ($r = .45, p < .01$). La humanidad común, así como el juicio propio, el aislamiento y la sobreidentificación no se revelaron como correlatos del autocontrol. El análisis de regresión lineal simple, tomando cada subescala de autocompasión como variable dependiente y la puntuación de autocontrol como variable independiente, determinó que el autocontrol es un predictor directo significativo de la bondad personal ($t = 3.15, p < .05$) y la atención plena. ($t = 3.93, p < .05$) con coeficientes de determinación de 0.14 y 0.20 respectivamente. El autocontrol no fue un predictor significativo de la humanidad común, el juicio propio, el aislamiento y la sobreidentificación.

5.5. Conclusión y Discusión

El objetivo de este estudio fue explorar la asociación entre la autocompasión y los diversos factores de riesgo asociados a la conducta delictiva, incluido el autocontrol, la empatía y la agresión entre adolescentes delincuentes privados de libertad. Primero, evaluamos el nivel de conducta delictiva en los adolescentes infractores privados de libertad, encontrando una alta prevalencia en la muestra investigada (52.4%) frente al 25% (Chinchay & Gil, 2014) y el 5% de adolescentes infractores, cuáles son los que continuarán con una carrera delictiva (Bechtel et al., 2007) que se puede explicar a través del entorno familiar, escolar, social y el factor ontogénico del individuo. El autocontrol y la interacción social son fundamentales para la comisión o no de un delito (Laub & Sampson, 1991; Moffitt, 1993).

Del mismo modo se verificaron las asociaciones entre la autocompasión y los tres predictores. Además, estos hallazgos proporcionan evidencia de validez convergente para el uso de la autocompasión para evaluar a los adolescentes infractores sobre la base de que las puntuaciones de autocompasión del participante estaban correlacionadas con el autocontrol y la empatía. En general, los hallazgos apoyan la hipótesis de que los adolescentes infractores

con mayores puntuaciones en autocompasión tienden a tener más autocontrol y empatía. En cuanto a la magnitud de estas asociaciones, los resultados indican que la autocompasión tiene una ligera correlación con el autocontrol y la empatía. Asimismo, la correlación entre factores determinó una leve correlación entre sí, a excepción de la variable de agresividad. Este no es un descubrimiento nuevo, al considerar la asociación de la autocompasión con el autocontrol y la empatía, como se ha demostrado, la empatía (Murphy et al., 2005; Neff & Germer, 2013) y el autocontrol pueden ayudar a incrementar la autocompasión o viceversa (Kelly et al., 2010). La importancia de nuestro estudio fue analizar cómo se comportan estos rasgos con respecto a su relación con la conducta delictiva en la población adolescente infractora. El análisis de regresión lineal simple confirmó que la variable de autocontrol predijo positivamente la autocompasión. Sin embargo, la agresividad y la empatía no han surgido como predictores de la autocompasión.

La correlación entre las subescalas de autocontrol y autocompasión confirma el potencial de la autocompasión (bondad hacia uno mismo y atención plena) para aumentar el autocontrol superando el bloqueo de la autoconciencia (Adams y Leary, 2007; Forman, 2013).

La evidencia sugiere que la autocompasión permite a las personas superar el descontento, reduciendo así la percepción de falta de control. En otras palabras, el autocontrol promueve la autocompasión y viceversa, apoyando la no aparición de conductas delictivas, caracterizadas por tener bajo autocontrol (López & López, 2003). En términos de regresión lineal simple, el autocontrol predijo positivamente la bondad personal y la atención plena, dimensiones adaptativas de la autocompasión. Sin embargo, la dimensión de humanidad común no ha emergido como un predictor significativo en el modelo de regresión, ni las dimensiones no adaptativas de la autocompasión (auto-juicio, aislamiento y sobreidentificación). Estos resultados están en línea con estudios previos que muestran que el autocontrol permite observar, aceptarse y afirmarse a sí mismo (Barrett-Lennard, 1997), mayor tolerancia a estilos

de vida aversivos (Rosenbaum, 1980), y promover la vida prosocial (Eisenberg, 2005).

En términos generales, los resultados del análisis concluyen que la autocompasión está relacionada con los factores predictivos del delito (autocontrol y empatía) en los adolescentes infractores investigados. Esta información se puede utilizar para proporcionar una orientación más precisa en el tratamiento de los delincuentes juveniles.

El presente estudio no está exento de limitaciones, debido al contexto en el que se desarrolla. Destacamos la deseabilidad social, que podría estar influyendo en las respuestas dadas por los adolescentes infractores a las preguntas de las escalas y modificando los resultados obtenidos. En esta misma línea, destaca la necesidad de realizar más investigaciones para comprender cómo se vincula la autocompasión a la conducta delictiva en los adolescentes infractores. También, estos hallazgos se basaron en información obtenida de medidas de autoinforme, lo que indica que se relacionan con las autopercepciones de los AI. No deben tomarse como una medida objetiva de las diferentes variables utilizadas en este estudio. Los estudios futuros deberían considerar métodos de investigación distintos a dichas medidas.

Capítulo 6. Estudio 2: Diseño de un programa de intervención desde la terapia centrada en la compasión en adolescentes infractores ecuatorianos.

6.1. Objetivo general.

Diseñar un programa piloto de intervención basado en la terapia centrada en la compasión para su aplicación en adolescentes infractores pretendiendo regular su estado emocional a través del equilibrio de los tres sistemas básicos con especial atención al desarrollo de estrategias de amenazas y seguridad, validándolo mediante la evaluación de un grupo de expertos.

6.2. Método

6.2.1. Participantes

En la valoración y corrección del protocolo, participaron 10 profesionales especializados en el área de psicología del Ministerio de Justicia Derechos humanos y centros educativos del Ecuador, entre las edades de 30 y 56 años. La edad promedio de los participantes fue 44.45 (DE = 9.35), Su nivel educacional correspondía a nivel profesional: 5 Psicólogos educativos, 3 Psicólogos clínicos y 2 Psicorrehabilitadores. Poseían una larga trayectoria como funcionarios en este campo, con un promedio de años de trabajo de 16.55 (DE = 6.26).

6.2.2. Variables e Instrumentos

- Cuestionario creado ad hoc en otros trabajos (Carrasco et al., 2018; McCoy, 2014) y que ha sido utilizado también en este para evaluar el protocolo (véase anexo 1). Consta de dos apartados. El primero recoge los datos que acreditan la experiencia profesional de quien lo

cumplimenta (cargo académico, años de experiencia, entre otros.) y dos preguntas de respuesta abierta para que sean señalados los puntos fuertes y débiles de la guía o protocolo, de cara a su perfeccionamiento y utilización en los CAI. La segunda parte consta de 14 preguntas con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (0 = completamente en desacuerdo..., 4 = completamente de acuerdo) dirigidas también a evaluar la idoneidad del protocolo para su utilización en los CAI.

6.2.3. Procedimiento.

El diseño del programa (que se corresponde con el presente estudio) como su aplicación y resultados (que serán descritos en el siguiente trabajo) se desarrolla para ser aplicado en AI, de sexo masculino, comprendidos en las edades de 12 a 18 años no cumplidos, que han sido privados de su libertad por infringir la ley, presentando graves problemas de conducta y también prevenir posibles reincidencias. Para el diseño propuesto se ha considerado, por un lado, la guía para la elaboración de protocolos (Sánchez et al., 2011), subrayando que para su implementación se destaca la claridad en su elaboración, poca extensión, estilo ameno y poco normativo. Por otro lado, también se ha utilizado como modelo algunas partes del programa central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores de la Comunidad de Madrid (Graña & Rodríguez, 2010). Por ello, el programa cuenta con las siguientes características:

- El programa tiene una duración de tres meses y consta de tres fases: conocimiento y vinculación emocional, fase de intervención propiamente dicha y finalmente, profundización de logros obtenidos para facilitar su generalización
- Se precisan formulaciones en cada una de las fases que orientan apropiadamente la aplicación psicoterapéutica.
- Cada fase se organiza en sesiones, que a su vez cuentan con objetivos específicos, procedimiento y contenidos, conceptos claves (sesiones grupales), actividades,

materiales, desarrollo de la sesión y preguntas de evaluación.

- Las sesiones individuales tienen un tiempo de duración de hasta 60 minutos, una vez por semana y por un tiempo de tres meses. Y en el caso de las sesiones grupales, se desarrollan al finalizar cada fase y tendrán una duración de hasta 90 minutos. Las sesiones se desarrollaron en el interior del CAI, por lo que se pidió autorización al Ministerio de Justicia, entidad para la que el terapeuta (y autor de esta tesis) trabaja.

A continuación, se describirá el procedimiento seguido para el diseño del protocolo. En primer lugar, se buscaron fuentes bibliográficas y evidencia científica para el sustento teórico y el desarrollo del protocolo, básicamente extraídas desde los siguientes modelos:

- Terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2015). Fuente principal pero no única para la elaboración del presente trabajo.
- Protocolo de Entrenamiento en compasión de base cognitiva (Ozawa-de Silva & Dodson-Lavelle, 2011).
- Protocolo de Entrenamiento en el cultivo de la compasión (Jazaieri et al., 2014).
- Protocolo de Mindfulness y autocompasión (Neff & Germer, 2013).
- Protocolo de Terapia de compasión basada en los estilos de apego (García-Campayo et al., 2016).

En segundo lugar, se revisó y analizó la bibliografía relacionada con cada procedimiento de intervención. Una vez analizados los trabajos, se decidió que los principales serían adaptados y redactados para formalizar un protocolo que sirviera tanto de soporte tecnológico a la intervención, así como de recurso didáctico para los profesionales que se desempeñan su trabajo terapéutico en centros de AI. También, se complementó el protocolo tomando en consideración la bibliografía analizada en la parte teórica de esta tesis y otras referencias que respondieran a cada uno de los contenidos (objetivos), que se sintetiza en la tabla 10.

Tabla 10*Referencias de los trabajos seleccionados para la confección del Protocolo de Intervención*

Referencias	Capítulo de la Guía de Intervención en la que ha sido adaptado
APA, 2013; Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, 2015.	1. Presentación y comprensión de los problemas actuales.
Bascuñán, 2016; Ezama et al., 2001; Germer & Siegel, 2012; Gilbert & Choden, 2013; Gilbert & Tirsch, 2009; Gilbert, 2015; Leahy, 2005; Melson, Fogel, & Mistry, 1986.	2. Establecimiento de relación psicoterapéutica
Ander-Egg, 2016; Caballo, 2012; García-Campayo et al., 2016; Gilbert, 2003; Porges, 1995; Porges, 2003; Vega et al., 2019.	3. Narrativa de la historia vital.
Bowlby, 1969; Fernández et al., 2019; García-Campayo et al., 2016; Neubauer, 1979;	4. Obtención del Insight
Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004; Fox, Hong, & Sinha, 2008; Fruzzetti et al., 2005; Neff K, 2012.	5. Trabajo de Grupo: Reafirmación de los contenidos (fase 1).
Gilbert, 2015.	6. Estructuración del Modelo de los 4 ámbitos
Hanson, Brach, & Neff, 2016; Lisbona, Palací, & Gómez, 2008; Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012.	7. Estrategias internas y externas de seguridad
Gilbert, 2015; Lucci, 2007; Mori, 2009.	8. Explicación del Modelo de la mente evolucionada
Bennett, Dennett, Hacker, & Searle, 2008; Gilbert, 2015; Woolfolk, 2010.	9. Esbozar el diagrama del cerebro.
Anaya, 2004; D'Zurilla & Nezu, 1999; Ramirez, 1977; Valles, 2000.	10. Se desagrega las tareas terapéuticas: control del pensamiento y generación de alternativas.
Gilbert, 2015.	11. Explorar bloqueos y dificultades
Conde, Ustárroz, Landa, & López, 2005; Gilbert, 2015.	12. Trabajo de Grupo: Reafirmación de los contenidos (fase 2).
Germer & Simón, 2017; Gilbert, 2015.	13. Analizar el progreso en las tareas, ajustar intervenciones terapéuticas.
García & Gimeno, 2008; Gilbert, 2015; Ramírez, 2007.	14. Preparación para el final

Tercero, se realizó una revisión exhaustiva del manual “Terapia centrada en la compasión” (Gilbert, 2015), específicamente el capítulo 9, titulado “Formulación de Hipótesis”, que mantiene y describe la intervención como un proceso individual que pretende entender la naturaleza, fuentes, factores de mantenimiento y alivio para las personas con dificultades (Eels, 2007). Específicamente, con alta culpa, autocrítica y vergüenza. Dicha formulación debe estar integrada por información del contexto pasado y presente; debería basarse en la comprensión de la función de las emociones, comportamientos y pensamientos del adolescente, todo ello basándose en cuatro puntos esenciales:

1. Las influencias innatas e históricas,
2. Amenazas y miedos, internos y externos,
3. Estrategias de seguridad internas y externas, y,
4. Consecuencias imprevistas.

En consecuencia, para obtener el número de sesiones y la orientación de cada una de ellas se utilizó las formulaciones descritas por Gilbert (2015), que en detalle se exponen en la Tabla 11.

Tabla 11

Formulaciones CFT que derivan en la selección de sesiones en el Protocolo

Formulaciones CFT	Sesiones protocolo de intervención.
Presentación de los problemas y síntomas actuales.	1-2
Obtención del insight respecto a los recuerdos emocionales clave en relación al yo y a los demás.	3-4

Formulación estructurada en el contexto del modelo de los cuatro ámbitos.	5-6
Explicación del modelo mente evolucionada.	7-8
Formulación de las tareas terapéuticas.	9-10
Preparación para el final.	11-12

Finalmente, una vez elaborado el protocolo terapéutico se solicitó a un grupo de 10 expertos (profesionales de los CAI y centros educativos) para que lo evaluaran mediante la cumplimentación del cuestionario anteriormente descrito (véase Anexo 1).

6.2.4. Diseño y Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias para valorar las respuestas de los profesionales al cuestionario. Y para valorar el grado de concordancia entre expertos se aplica la Kappa de Fleiss.

6.3. Resultados

Respecto al cuestionario para evaluar el protocolo de intervención (véase apartado de anexos -Anexo 1), un análisis de las respuestas (véase Tabla 12) pone de manifiesto que según el informe de los destinatarios cumple con su objetivo de ser un referente y una guía para la intervención de los AI (preguntas 1-6 del cuestionario). Los profesionales que participaron (n = 10) estuvieron completamente de acuerdo (rango de puntuación del cuestionario va desde 0 “completamente desacuerdo” hasta 4 “completamente de acuerdo”-) respecto a que las técnicas que se describen en la guía fueran fáciles de poner en práctica y estuvieron completamente de acuerdo que solamente personal formado (psicólogos/as, orientadores/as, consultores/as. etc.) fueran quienes las tuvieran que poner en práctica (preguntas 7 y 8 respectivamente).

El contenido que se incluye también parece ser el adecuado en opinión de los destinatarios

10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	41
TOTAL	38	37	38	37	38	37	38	37	37	36	37	37	37	37	37	521

6.4. Discusión y conclusión.

El objetivo de este trabajo consistió en diseñar un programa de intervención que sirviera como soporte metodológico a la formación de profesionales que trabajan con AI. Los componentes principales del programa han sido descritos en la sección de método. Respecto a la evaluación del protocolo, los profesionales consultados consideran que a través de la guía han adquirido conocimientos sobre como manejar intervenciones en AI. También, del análisis de las respuestas referentes a las pautas y técnicas que se describen en la guía, podría concluirse que en algunos casos debe complementarse el recurso del protocolo con otra formación directa para explicar algunos de los apartados que se describen. Para ello, sería necesario, previo a las intervenciones, considerar sesiones de formación que servirán para exponer y/o complementar los principales aspectos que se describen en el protocolo.

Para finalizar y como conclusión, se puede afirmar, tras los estudios desarrollados para el diseño del protocolo, que este podría ser una herramienta útil, en la que pueden apoyarse los profesionales de la psicología, para realizar intervenciones con menores infractores.

Capítulo 7.

Estudio 3: Eficacia de la aplicación del Protocolo CFT adaptado a adolescentes infractores ecuatorianos.

Diseñado el programa marco y comprobado que el protocolo de intervención de la terapia centrada en la compasión había sido evaluado de manera positiva por los profesionales expertos comenzó la implementación y evaluación de dicho programa, que será descrito en el presente trabajo.

7.1. Objetivo general.

Evaluar la eficacia del programa de la CFT sobre los AI, cuyo efecto se mide sobre distintas variables, delictiva (conducta delictiva), variables compasivas (autocompasión, compasión y miedo a expresar compasión por los demás) y variables de riesgo (motivación, autocontrol, empatía, agresividad, depresión). Se espera que las puntuaciones en las variables de compasión aumenten tras la intervención en el grupo de intervención (G1) frente al control (G2) y de comparación (G3) y que las puntuaciones en la conducta delictiva y de riesgo disminuyan también en mayor medida que lo hace en el G2 y G3.

En torno al objetivo general se crearon a su vez los siguientes objetivos específicos:

7.2. Objetivos específicos.

Objetivo específico 1: Determinar el nivel de conducta delictiva en los participantes medida a través del cuestionario de conductas delictivas en adolescentes de Seisdedos y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Objetivo específico 2: Determinar el nivel de autocompasión de los adolescentes

participantes medida a través de la escala de autocompasión de Neff y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Objetivo específico 3: Determinar el nivel de compasión hacia los demás en los adolescentes participantes medida a través de la escala de la compasión de Pommier y Neff y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Objetivo específico 4: Determinar el nivel de miedo a expresar compasión por los demás en los adolescentes participantes medida a través de la escala de la expresión de la compasión por los demás, de Gilbert y otros comparando los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

.Objetivo específico 5: Determinar el nivel de motivación de los adolescentes participantes a través de la escala motivacional de menores tomada de Arregui y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI, en relación con G2 al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Objetivo específico 6: Determinar el nivel de autocontrol de los adolescentes participantes a través de la escala de autocontrol de Rosenbaum y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Objetivo específico 7: Determinar el nivel de empatía de los adolescentes participantes medida a través de la escala de empatía de Jolliffe y Farrington y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Objetivo específico 8: Determinar el nivel de agresividad de los adolescentes participantes

medida a través del cuestionario de agresividad de Andreu, Peña y otros, comparando los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Objetivo específico 9: Determinar el nivel de depresión en los adolescentes participantes través del inventario de depresión de Beck y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

7.3. Hipótesis.

Hipótesis 1: Los adolescentes infractores (G1 y G2) tendrán puntuaciones más altas en conducta delictiva, miedo a expresar compasión por los demás, agresividad y depresión; puntuaciones más bajas en autocompasión y compasión hacia los demás; y en motivación, autocontrol y empatía frente al G3, antes de la intervención.

Hipótesis 2: La aplicación de la CFT en el G1 producirá una mejora significativa en la variable delictiva (conducta delictiva), en las variables compasivas (autocompasión. Compasión hacia los demás y miedo a expresar compasión por los demás) y en las variables de riesgo (motivación, autocontrol, empatía. Agresividad y depresión) en comparación a G2 y G3.

7.4. Método

7.4.1. Participantes

Grupo 1

En un principio, la muestra estuvo compuesta por un total de 20 participantes pero 2 fueron descartados porque no cumplieron el tiempo de permanencia en el centro para recibir la terapia. Todos eran hombres, de la muestra final ($n = 18$), presentan una media de edad de 16,55 años ($DT = 1.66$); rango de 12 a 18 años (Tabla 13). En cuanto al nivel de educación 27.8 % corresponde a primaria y el 72.2% a secundaria. Con relación al tipo de delito cometido, 2

(11.1%) corresponden a personas que cometieron delitos contra las personas, 6 (33.3%) corresponden a personas que cometieron delitos contra la propiedad, 7 (38.9%) en relación con el cometimiento de delitos sexuales, y 3 (16.7%) a delitos relacionados con tráfico de drogas. Se denominó grupo de tratamiento mediante la terapia centrada en la compasión (CFT) o grupo de intervención, pero también reciben tratamiento tradicional o MAI. Estos datos descriptivos se exponen en las Tablas 13 y 14.

Tabla 13

Frecuencia y porcentajes de adolescentes según curso de educación. Grupo 1

	Frecuencia	Porcentaje
Segundo de básica	1	5,6
Quinto de básica	1	5,6
Séptimo de básica	3	16,7
Octavo de básica	3	16,7
Noveno de básica	3	16,7
Decimo de básica	2	11,1
Primero de bachillerato	3	16,7
Segundo de bachillerato	2	11,1
Total	18	100,0

Tabla 14

Frecuencia y Porcentaje de Adolescentes según tipo de Delito cometido. Grupo 1

Delito	Frecuencia	Porcentaje
Delitos contra las personas	2	11.1
Delitos contra la propiedad	6	33.3
Delitos sexuales	7	38,9

Trafico de drogas	3	16.7
Total	18	100,0

Grupo 2

Participaron 18 menores, sexo masculino, privados de su libertad en el CAI de Guayaquil, en la República del Ecuador. Presentan una media de edad de 16,61 años ($DT = 0.69$); rango de 12 a 18 años. En cuanto al nivel de educación 33.3 % corresponde a primaria y el 66.7% a secundaria. Con relación al tipo de delito cometido, 3 (16.7%) corresponden a personas que cometieron delitos contra las personas, 8 (44.2%) corresponden a personas que cometieron delitos contra la propiedad, 4 (22.2%) en relación con el cometimiento de delitos sexuales, y 3 (16.7%) a delitos relacionados con tráfico de drogas. A este grupo se le aplicó sólo la terapia tradicional, es decir el tratamiento mediante el modelo de atención integral socio-psico-pedagógico (MAI), institucional (descrito en el apartado 1.2.3.3) por lo que se considera el grupo control.

Grupo 3

Participaron 18 menores, sexo masculino, estudiantes de colegios fiscales de la ciudad de Machala y Santa Rosa, República del Ecuador. Por lo tanto, constituye una muestra de una población normalizada, no infractora. En relación con las características de la muestra final ($n = 18$), presentan una media de edad de 16,55 años ($DT = 1.66$); rango de 12 a 18 años. En cuanto al nivel de educación 27.8 % corresponde a primaria y el 72.2% a secundaria. Se denominó grupo de no intervención o grupo de comparación.

Por parte de los educadores de los centros participaron 10 profesionales: 6 Psicólogos educativos, 2 profesores de ciencias de la educación y 2 inspectores con una media de experiencia en el trabajo con AI de 10 años.

Por último, en la implementación del programa de intervención también participo el autor

de esta tesis, con 27 años de experiencia en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de AI.

7.4.2. Variables e Instrumentos

En el capítulo 5, estudio 1, ya se describió una parte de los instrumentos que también se han utilizado en éste, por lo que no se va a volver a repetir. En concreto se remite al lector al apartado de Variables e Instrumentos del capítulo 5 para la descripción de los siguientes instrumentos evaluativos: Escala de autocompasión de Neff, Cuestionario de autocontrol de Rosenbaum, Escala de empatía y el Cuestionario de agresividad. A continuación, se exponen los instrumentos que han sido utilizadas en este estudio y que no habían sido descritos anteriormente.

- Para evaluar la conducta delictiva se utilizó el cuestionario de conductas antisociales-delictivas (A-D), elaborado por Seisdedos (1995) quien se basó en los estudios de Feldman (1976). Sólo utilizaremos la escala de conducta delictiva constituida por 20 ítems, de respuesta dicotómica (sí/no). En cuanto a sus aspectos psicométricos, para los comportamientos delictivos tenemos un Alpha de Cronbach de 0,92 (Formiga, 2003).

- Para evaluar la compasión hacia los demás utilizamos la Escala de compasión (Scale Compassion), creada por Pommier y Neff (2010) es una herramienta de valoración que consta de 24 ítems, se califican en una escala de 5 puntos desde el 1 (Casi nunca) a 5 (Casi siempre). Para su clave de codificación se han establecido 6 subescalas: Auto amabilidad, auto juicio, humanidad común, aislamiento, mindfulness y sobre identificación. Para calcular el valor total de cada una de las subescalas principales (autocompasión, humanidad común y mindfulness) se obtiene la media de los ítems de dichas subescalas en forma directa. A esa cifra se le suma la media de los ítems de las subescalas complementarias (auto juicio, aislamiento y sobreidentificación) que se calculan en forma inversa. En cuanto a los coeficientes de fiabilidad (Pommier & Neff, 2010) medidos a través del coeficiente Alpha de Cronbach tenemos .90 y el Coeficiente de la mitad partida también de .90

- Para evaluar el miedo a expresar compasión por los demás utilizamos la Escala de compasión: miedo a expresar compasión por los demás (Fear of expressing compassion for others), extraída de un estudio más amplio (Gilbert et al., 2011), que destaca la importancia de conocer los motivos de que las personas no aceptan o rechazan participar en comportamientos compasivos (Gilbert, 2009; Goetz et al., 2010) y relaciona nuestra sensibilidad hacia los pensamientos y sentimientos de otras personas. Así, esta escala mide el miedo a la compasión por los demás, a través de una escala compuesta por 10 ítems, cuyas respuestas son clasificadas en una escala Likert de cinco puntos (0 = no estoy de acuerdo en absoluto y 4 = totalmente de acuerdo). En cuanto a la confiabilidad de la prueba (Gilbert, et al., 2011), en una población de estudiantes y terapeutas, se obtuvo Alpha de Crobach 0.84 en estudiantes y 0.78 en terapeutas.

- Para evaluar la motivación utilizamos la Escala Motivacional de menores (EM), tomada de Arregui (2012), elaborada para medir la motivación y el nivel de autorregulación que los jóvenes perciben con relación a seis conductas siguiendo la teoría social-cognitiva de autorregulación de Bandura (1991) y trabajos previos de Tabernerero y Hernández (2006). Tres de estas conductas se refieren a sus expectativas de futuro (no comisión de delitos, encontrar y mantener un puesto de trabajo, y continuar con su formación después de la medida judicial). Las otras tres conductas se refieren a las expectativas del presente (mantener contacto con personas no delincuentes, mantener su participación en actividades educativas en el centro, y evitar peleas y conflictos con sus iguales en el interior del centro). La EM, está compuesto por 45 ítems, con cinco posibles alternativas de escoger (1 = nada; 2 = poco; 3 = algo; 4 = mucho; 5 = totalmente).

- Para evaluar la depresión utilizamos el Inventario de Depresión (BDI), que fue desarrollado por Beck et al. (1961), con la finalidad de crear un instrumento para la detección y cuantificación del síndrome depresivo. Con respecto a la versión de 1979 de nuestro interés, Vázquez y Sanz (1991), citado por Arias Moreno (2013) obtuvieron un coeficiente de fiabilidad

test-retest de .65 a .72 y un alfa de Cronbach de .82. Las puntuaciones finales no tienen puntos de corte establecidos y la equivalencia con las puntuaciones medias correspondientes a los distintos niveles de gravedad de la depresión, puntuación media de 10,9 puntos (ausencia de depresión, niveles normales), puntuación media de 18,7 (depresión leve), puntuación media de 25,4 (depresión moderada), y puntuación media de 30 puntos para depresión grave (Beck et al., 1961).

- Cuaderno de campo. Organizado y diseñado para la presente investigación con el objetivo de registrar las reacciones, satisfacción, insatisfacción, asistencia e implicación, así como cualquier eventualidad relevante que ocurra durante la intervención psicológica y/o durante el tiempo (seguimiento) en que se desarrolla la presente investigación.

7.4.3. Procedimiento

Procedimiento para la implementación del programa y evaluación de los resultados.

En primer lugar, se contactó con funcionarios del Ministerio de justicia y derechos humanos, manteniendo entrevistas con los representantes del CAI (Machala y Guayaquil) y con las autoridades de los centros educativos (dos) de nivel medio para explicar los objetivos del programa de intervención. Una vez obtenida su autorización, se ingresó a la institución correspondiente para nuevamente fundamentar el programa frente a los adolescentes, sus representantes y simultáneamente pasar el formulario de consentimiento informado para ser rubricado conjuntamente. La selección de las instituciones de AI (son 11 centros que existen en Ecuador) se ha realizado por las facilidades que presenta el CAI-M y el segundo, es decir CAI-G, por pertenecer a la región costa del Ecuador. Esos mismos criterios, se utilizaron a la hora de seleccionar las dos instituciones de educación media

La muestra se dividió en 3 grupos, el G1 o grupo de intervención al que se aplicó la CFT (además de la terapia tradicional o institucional), el G2 o grupo control al que sólo se le aplicó la terapia tradicional, es decir, el tratamiento tradicional o MAI (Ministerio de Justicia,

Derechos Humanos y Cultos, 2015) y el G3 o grupo de comparación compuesto por adolescentes no infractores, escolarizados en centros ordinarios, que no recibían terapia alguna. Con el fin de asegurar que G2 pueda considerarse como un grupo de control respecto al G1, se comprobó, que ambos grupos estaban igualados en situación jurídica, sexo, edad, y nivel educativo. Por otro lado también se comprobó que en el G3 o grupo de comparación no estuvieran personas con antecedentes delictivos y que también cumplieran con la igualación de las otras características. Además, los grupos no tuvieron relación entre sí. Por lo tanto, los grupos fueron similares con respecto a todas estas variables, reduciendo el posible sesgo asociado con la falta de aleatorización y permitiendo conclusiones confiables sobre el efecto terapéutico del programa sobre los AI. También, los datos sobre el reclutamiento mostraron que la mayoría del G1 completaron la intervención y las pérdidas se debieron principalmente a variables externas (es decir, 2 AI fueron liberados antes de lo esperado).

La aplicación del pretest se realizó en los meses de enero y febrero del 2016. En el caso del G1 (CAI-Machala) se consideró la totalidad de los AI que se encontraban en la institución en esos momentos, excepto los eliminados por los criterios de exclusión definidos en el plan de investigación. De igual manera, ocurrió en el caso del G2 (CAI-Guayaquil). En el caso del G3 (muestra normalizada proveniente de la comunidad–instituciones escolares), de acuerdo con la normativa y ateniéndose a criterios institucionales, se aplicó la batería de las 9 pruebas psicológicas en dos momentos y de forma colectiva. La aplicación del pretest 2 se desarrolla desde mayo a junio del 2016, en los G1 y G3. En el G2, no se pudo desarrollar la aplicación por circunstancias institucionales, ya que se encontraban en procesos de autoevaluación. Durante los meses de julio a septiembre del 2016, se aplica la variable independiente o CFT en el G1, comenzando con intervenciones individuales y culminando con intervenciones grupales al finalizar cada fase. En total fueron 15 sesiones, 12 de carácter individual y tres de carácter grupal. El proceso fue finalizado por 18 AI.

7.4.4. Diseño y análisis de datos

Se utilizó un diseño cuasiexperimental, pretest y posttest con un grupo de control y un grupo de comparación. Se establece grupo de intervención (G1), control (G2) y comparación (G3). A G1 se le aplica la CFT a través del protocolo adaptado a menores infractores (además del tratamiento tradicional), a G2 se le aplica sólo el tratamiento tradicional o institucional y a G3 no se le aplica ningún tratamiento. Véase la Tabla 15.

Tabla 15

Diseño de Investigación

Grupo	N	Medición	Intervención	Medición
G1	18	O1/O2	X	O3
G2	18	O2	X ¹	O3
G3	18	O1/O2	X ²	O3

G1: grupo Intervención, G2: grupo Control, G3: grupo Comparación

O1: primera medición, O2: segunda medición, O3: medición post intervención.

X: aplicación de la CFT, X¹: intervención tradicional, X²: no intervención.

El análisis empleado es un anova mixto con medidas repetidas al momento de la intervención y tomando como variable entre grupos los tipos de intervención. De tal manera que los análisis desarrollados para cada una de las variables dependientes responden a un anova mixto 2 x 2 con una VI de medidas repetidas (pre-post intervención) y con una VI entre grupos (no intervención, intervención institucional e intervención en CFT). Para el análisis de la interacción se utilizó el ajuste de Sidak, siendo más restrictivo para las comparaciones múltiples. La estimación del tamaño del efecto se realizó usando eta-cuadrado parcial (η^2 parcial) y se interpretó como bajo = .01, medio = .059 y alto = .138 (Cohen, 1988).

7.5. Resultados

7.5.1. Objetivos específicos

Objetivo específico 1. Determinar el nivel de modificación de la conducta delictiva en los adolescentes participantes medida a través del cuestionario de Seisdedos y comparar los efectos

de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Los resultados obtenidos del anova mixto de medidas pre y post para la variable conducta delictiva, reflejan interacción estadísticamente significativa de los factores momento de aplicación por tipo de intervención en la variable conducta delictiva ($F = 10.421$, $p = .01$, $\eta^2_p = 0.29$). Para el análisis de la interacción se utilizó el ajuste de Sidak, encontrando que sí existen diferencias estadísticamente significativas en conducta delictiva entre los grupos considerados en conducta delictiva antes de la intervención, entre G1 y el G3 (DM: 5.611; IC95% (1.662-9.560) y entre el G2 y G3 (DM: 4.222; IC95%(273, 8.171), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre G1 y G2. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el postratamiento entre G1 y G2 (DM: -7.500; IC95% (-11.777 -3.223) y entre G2 y G3 (DM: 9.056; IC95%(4.779, 13.332), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre G1 y G3.

Tabla 16

Comparación de los grupos en función del momento y el tipo de intervención: Conducta Delictiva

Momentoaplicacion	(i) Tipo de intervencion	(j) Tipo de intervencion	Diferencia de medias (i-j)	Error estándar	p ^b	95% de intervalo de confianza para diferencia ^b	
						Límite inferior	Límite superior
1	G1	G2	1,389	1,60	,772	-2,560	5,338
		G3	5,611*	1,60	,003	1,662	9,560
	G2	G1	-1,389	1,60	,772	-5,338	2,560
		G3	4,222*	1,60	,033	,273	8,171
	G3	G1	-5,611*	1,600	,003	-9,560	-1,662
		G2	-4,222*	1,600	,033	-8,171	-,273
2	G1	G2	-7,500*	1,732	,000	-11,777	-3,223
		G3	1,556	1,732	,754	-2,721	5,832
	G2	G1	7,500*	1,732	,000	3,223	11,777

	G3	9,056*	1,732	,000	4,779	13,332
G3	G1	-1,556	1,732	,754	-5,832	2,721
	G2	-9,056*	1,732	,000	-13,332	-4,779

Nota. Se basa en medias marginales estimadas

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

b. Ajuste para varias comparaciones: sidak.

Al comparar los efectos de interacción a través de la medida pre y post tratamiento se encuentran diferencias estadísticamente significativas en conducta delictiva entre el pre y post en el G1 (DM: 2.883; IC95% (0.66, 5.601) y G2 (DM: -6.056; IC95% (-8.823, -3.288). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en G3.

Tabla 17

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Conducta delictiva

Tipo de intervencion	(I) Momentoaplicacion	(j) Momentoaplicacion	Diferencia de medias (i-j)	Error estándar	p ^b	95% de intervalo de confianza para diferencia ^b	
						Límite inferior	Límite superior
G1	1	2	2,833*	1,379	,045	,066	5,601
	2	1	-2,833*	1,379	,045	-5,601	-,066
G2	1	2	-6,056*	1,379	,000	-8,823	-3,288
	2	1	6,056*	1,379	,000	3,288	8,823
G3	1	2	-1,222	1,379	,379	-3,990	1,545
	2	1	1,222	1,379	,379	-1,545	3,990

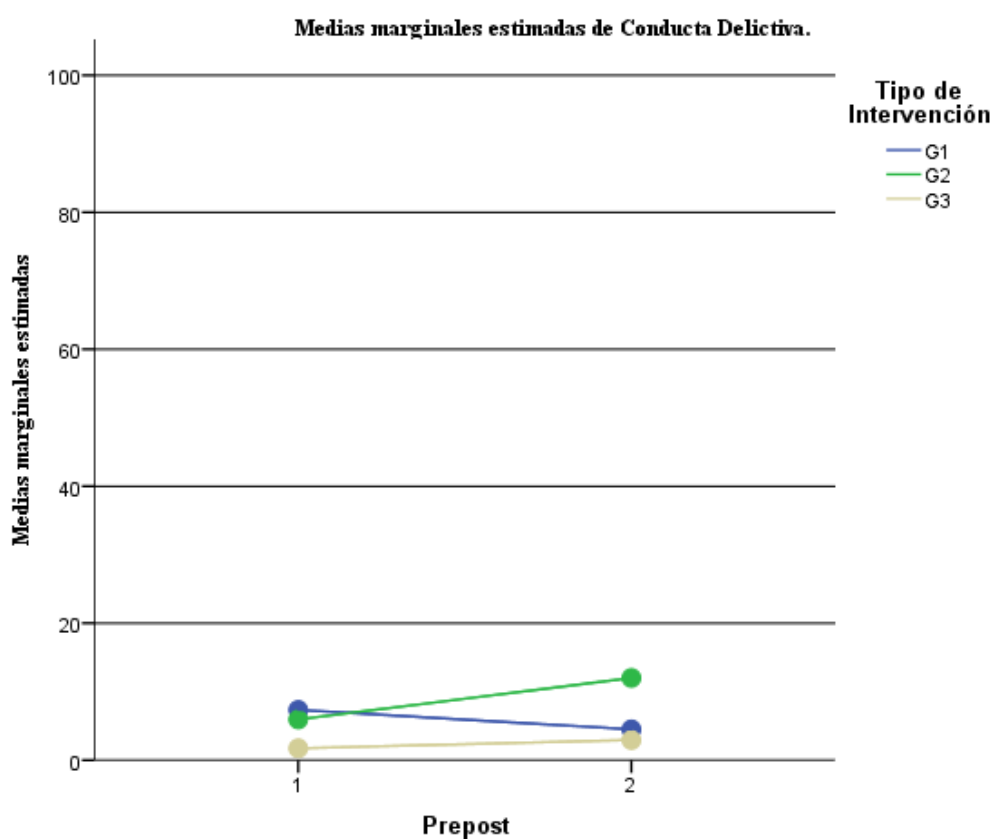
Nota. Se basa en medias marginales estimadas

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

b. Ajuste para varias comparaciones: Sidak.

Figura 6

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Conducta delictiva



Nota. G1: Grupo de intervención; G2: Grupo de control; G3: Grupo de comparación.

Objetivo específico 2. Determinar el nivel de autocompasión de los adolescentes participantes medida a través de la escala de autocompasión de Neff y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica

psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Los resultados obtenidos del ANOVA MIXTO de medidas pre y post para la variable autocompasión reflejan una interacción estadísticamente significativa de los factores momento de aplicación por tipo de intervención en la variable autocompasión ($F = 4.631$, $p = .01$, $\eta^2_p = 0.15$). Para el análisis de la interacción se utilizó el ajuste de Sidak, encontrando que no existen diferencias estadísticamente significativas en autocompasión entre los tres grupos considerados en autocompasión antes de la intervención, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en el postratamiento entre G1 con G2 (DM: 13.722, IC95% (5.674, 21.771) y G3 (DM: 14.778, IC95% (6.729, 22.826), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre G2 y G3.

Tabla 18

Comparación de los grupos en función del momento y el tipo de intervención: SCS

Momentoaplicacion	(i) Tipo de intervencion	(j) Tipo de intervencion	Diferencia de medias (i-j)	Error estándar	p. ^b	95% de intervalo de confianza para diferencia ^b	
						Límite inferior	Límite superior
1	G1	G2	2,833	3,096	,743	-4,811	10,477
		G3	4,111	3,096	,469	-3,533	11,755
	G2	G1	-2,833	3,096	,743	-10,477	4,811
		G3	1,278	3,096	,968	-6,366	8,922
	G3	G1	-4,111	3,096	,469	-11,755	3,533
		G2	-1,278	3,096	,968	-8,922	6,366
2	G1	G2	13,722*	3,260	,000	5,674	21,771
		G3	14,778*	3,260	,000	6,729	22,826
	G2	G1	-13,722*	3,260	,000	-21,771	-5,674
		G3	1,056	3,260	,984	-6,993	9,104
	G3	G1	-14,778*	3,260	,000	-22,826	-6,729
		G2	-1,056	3,260	,984	-9,104	6,993

Nota. Se basa en medias marginales estimadas

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

b. Ajuste para varias comparaciones: sidak.

Al comparar los efectos de interacción a través de la medida pre y post tratamiento se encuentran diferencias estadísticamente significativas en autocompasión en G1 (DM:-10.556, IC95% (-16.362, -4.749), no así en G2 y G3.

Tabla 19

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Autocompasión

Tipo de intervencion	(i) momentoaplicacion	(j) momentoaplicacion	Diferencia de medias (i-j)	Error estándar	p. ^b	95% de intervalo de confianza para diferencia ^b	
						Límite inferior	Límite superior
G1	1	2	-10,556 [*]	2,892	,001	-16,362	-4,749
	2	1	10,556 ^c	2,892	,001	4,749	16,362
G2	1	2	,333	2,892	,909	-5,473	6,139
	2	1	-,333	2,892	,909	-6,139	5,473
G3	1	2	,111	2,892	,970	-5,695	5,917
	2	1	-,111	2,892	,970	-5,917	5,695

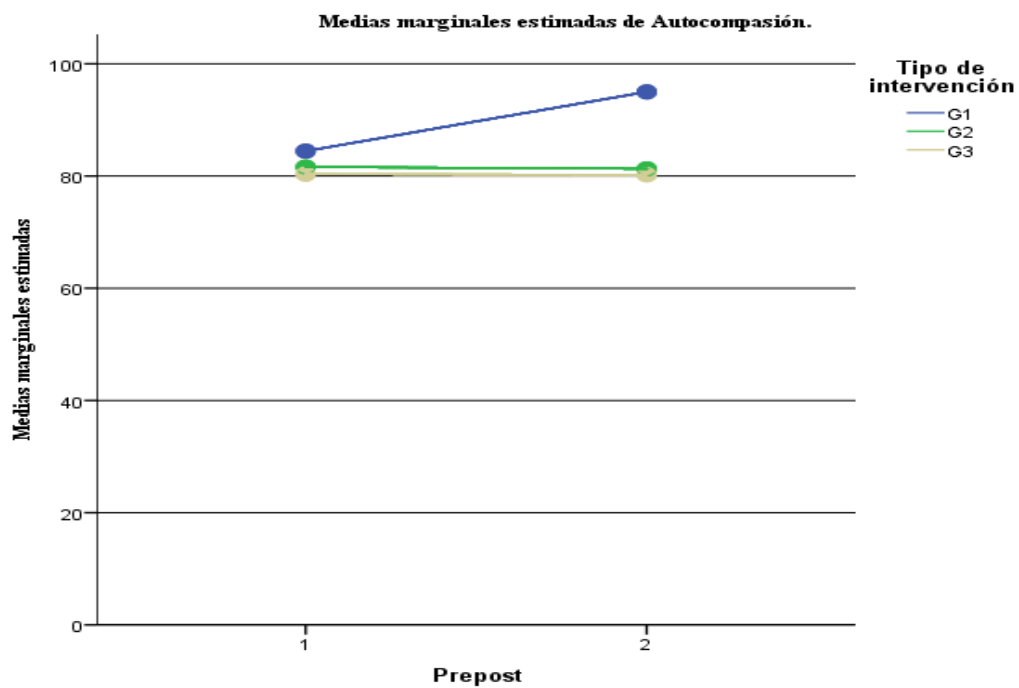
Nota. Se basa en medias marginales estimadas

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

b. Ajuste para varias comparaciones: sidak.

Figura 7

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Autocompasión



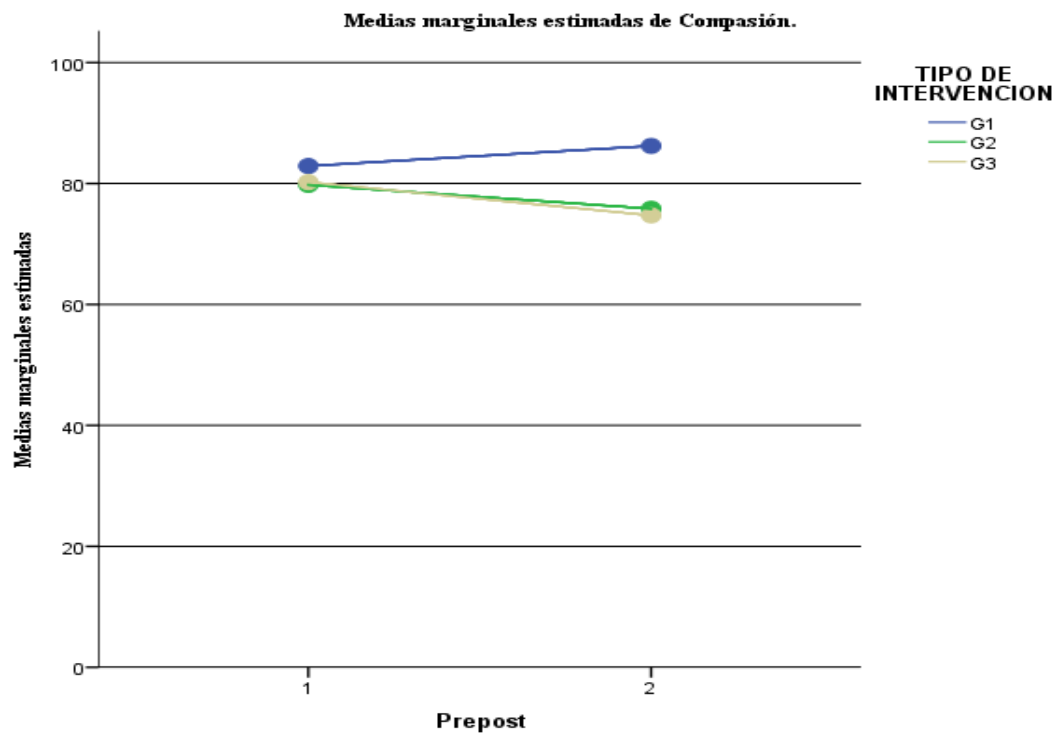
Nota. G1: Grupo de intervención; G2: Grupo de control; G3: Grupo de comparación.

Objetivo específico 3. Determinar el nivel de modificación de compasión hacia los demás en los adolescentes participantes medida a través de la escala de Compasión de Pommier y Neff y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI (G1) en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Los resultados obtenidos del ANOVA MIXTO de medidas pre y post para la variable compasión hacia los demás no reflejan interacción estadísticamente significativa de los factores momento de aplicación por tipo de intervención en la variable compasión hacia los demás ($F = 2.904, p = .06, \eta^2_p = 0.10$)

Figura 8

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Compasión



Nota. G1: Grupo de intervención; G2: Grupo de control; G3: Grupo de comparación.

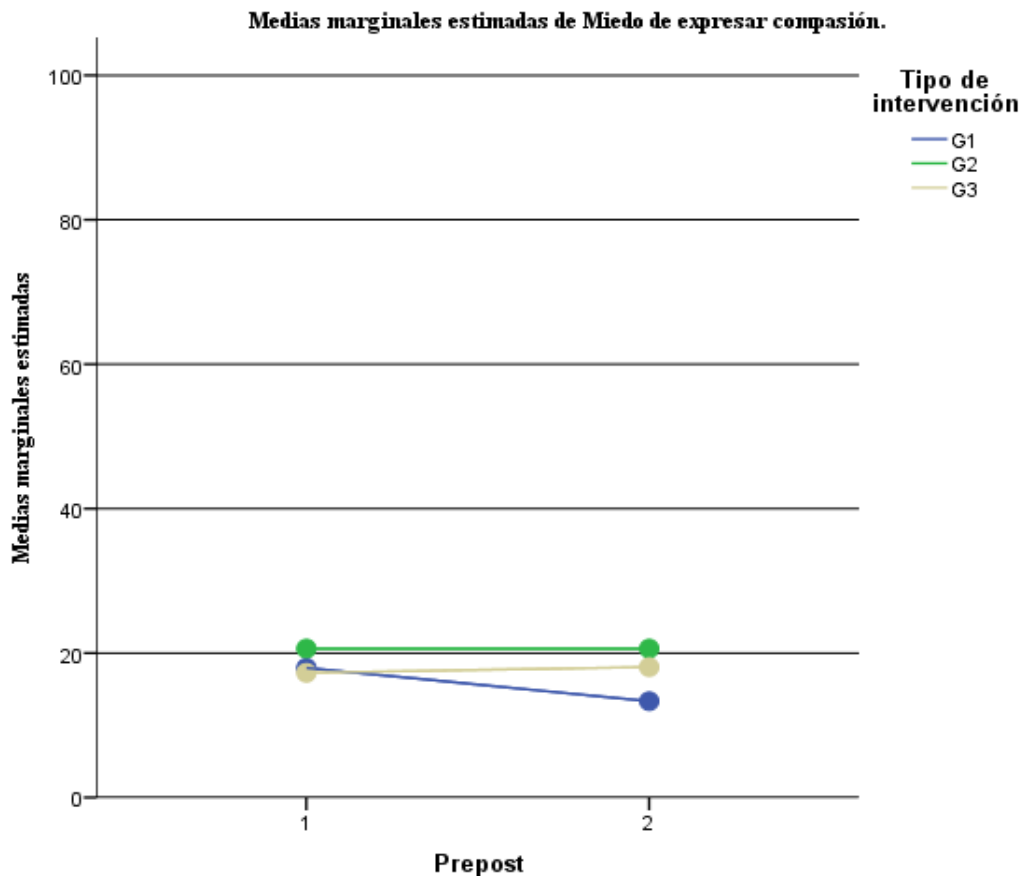
Objetivo específico 4. Determinar el nivel de modificación del miedo a expresar compasión por los demás en los adolescentes participantes medida a través de la escala de compasión de Gilbert y otros, y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les

aplicará terapia alguna.

Los resultados obtenidos del anova mixto de medidas pre y post para la variable expresión de compasión no reflejan interacción estadísticamente significativa de los factores momento de aplicación por tipo de intervención en la variable miedo a expresar compasión por los demás ($F = 1.423, p = .25, \eta^2_p = 0.05$).

Figura 9

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Miedo a la compasión



Nota. G1: Grupo de intervención; G2: Grupo de control; G3: Grupo de comparación.

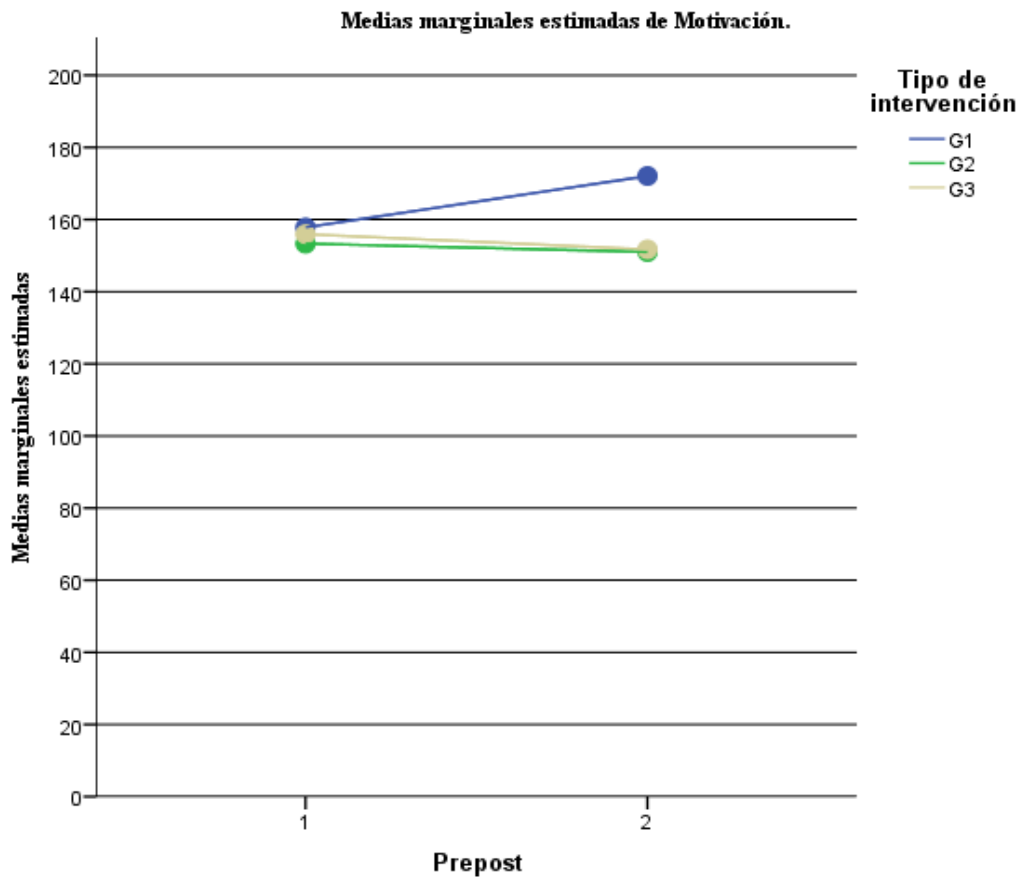
Objetivo específico 5. Determinar el nivel de motivación de los adolescentes participantes a través de la Escala Motivacional de menores (Arregui, 2012) y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI, en relación con G2 al que se le aplica psicoterapia

tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Los resultados obtenidos del anova mixto de medidas pre y post para la variable motivación no reflejan interacción estadísticamente significativa de los factores momento de aplicación por tipo de intervención en la variable motivación ($F = 1.340$, $p = .27$, $\eta^2p = 0.05$).

Figura 10

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Motivación



Nota. G1: Grupo de intervención; G2: Grupo de control; G3: Grupo de comparación.

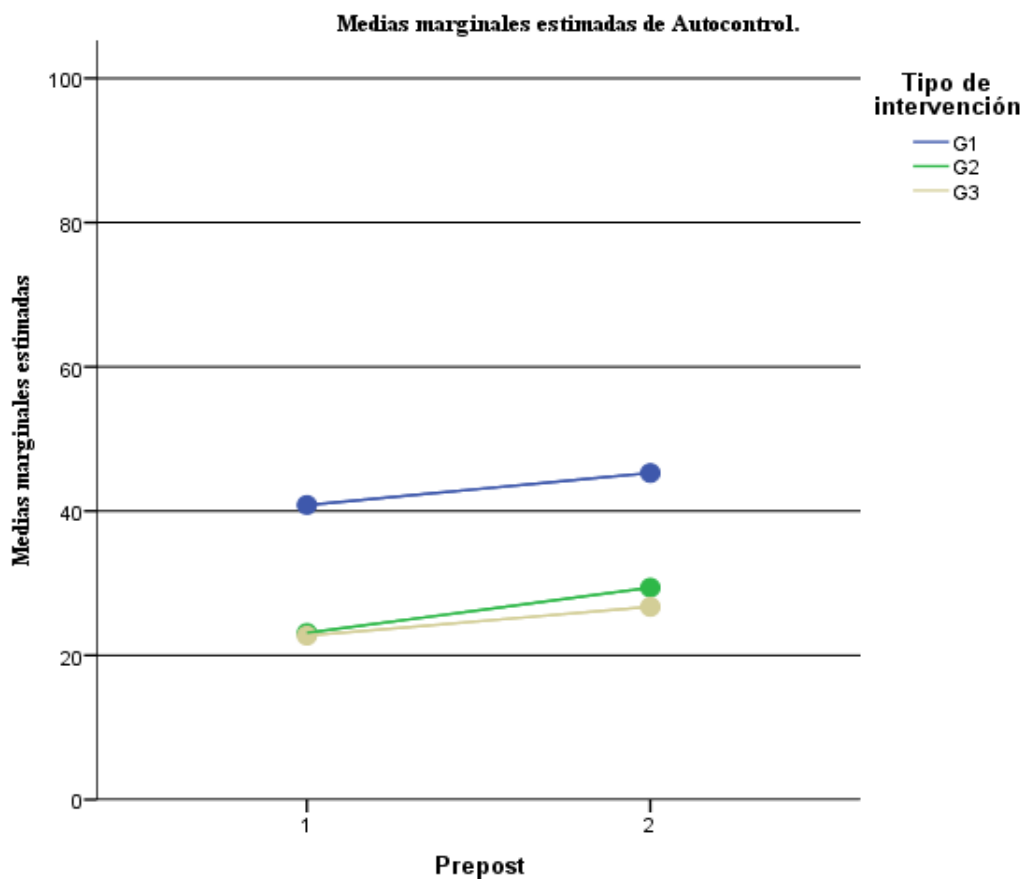
Objetivo específico 6. Determinar el nivel de autocontrol de los adolescentes participantes a través de la escala de Autocontrol de Rosenbaum y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional

y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Los resultados obtenidos del anova mixto de medidas pre y post para la variable autocontrol no reflejan interacción estadísticamente significativa de los factores momento de aplicación por tipo de intervención en la variable autocontrol ($F = 0.015$, $p = .98$, $\eta^2_p = 0.01$).

Figura 11

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Autocontrol



Nota. G1: Grupo de intervención; G2: Grupo de control; G3: Grupo de comparación.

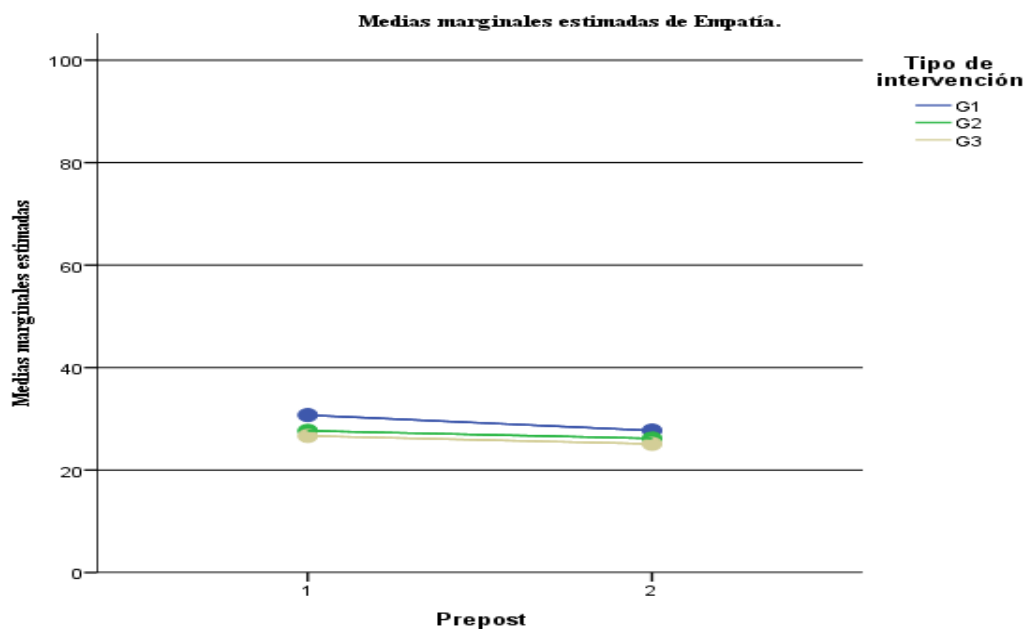
Objetivo específico 7. Determinar el nivel de empatía de los adolescentes participantes medida a través de la escala de Empatía de Jolliffe y Farrington y comparar los efectos de la

aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Los resultados obtenidos del anova mixto de medidas pre y post para la variable empatía no reflejan interacción estadísticamente significativa de los factores momento de aplicación por tipo de intervención en la variable empatía ($F = 0.156$, $p = .85$, $\eta^2_p = 0.01$).

Figura 12

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Empatía



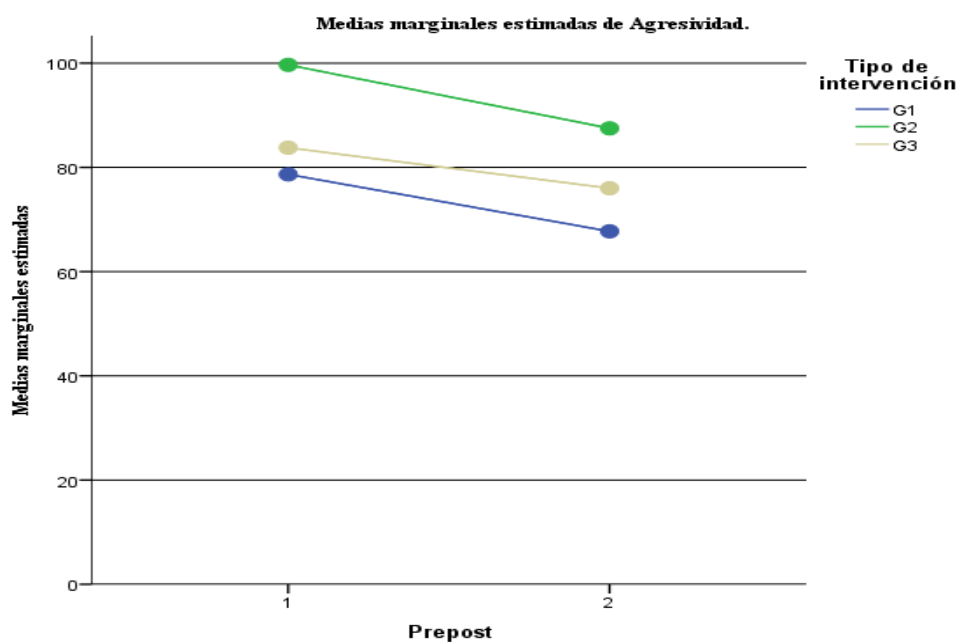
Nota. G1: Grupo de intervención; G2: Grupo de control; G3: Grupo de comparación.

Objetivo específico 8. Determinar el nivel de agresividad de los adolescentes participantes medida a través del cuestionario de Agresividad de Andreu, Peña y otros y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Los resultados obtenidos del anova mixto de medidas pre y post para la variable agresividad no reflejan interacción estadísticamente significativa de los factores momento de aplicación por tipo de intervención en la variable agresividad ($F = 0.101$, $p = .90$, $\eta^2_p = 0.00$).

Figura 13

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Agresividad



Nota. G1: Grupo de intervención; G2: Grupo de control; G3: Grupo de comparación.

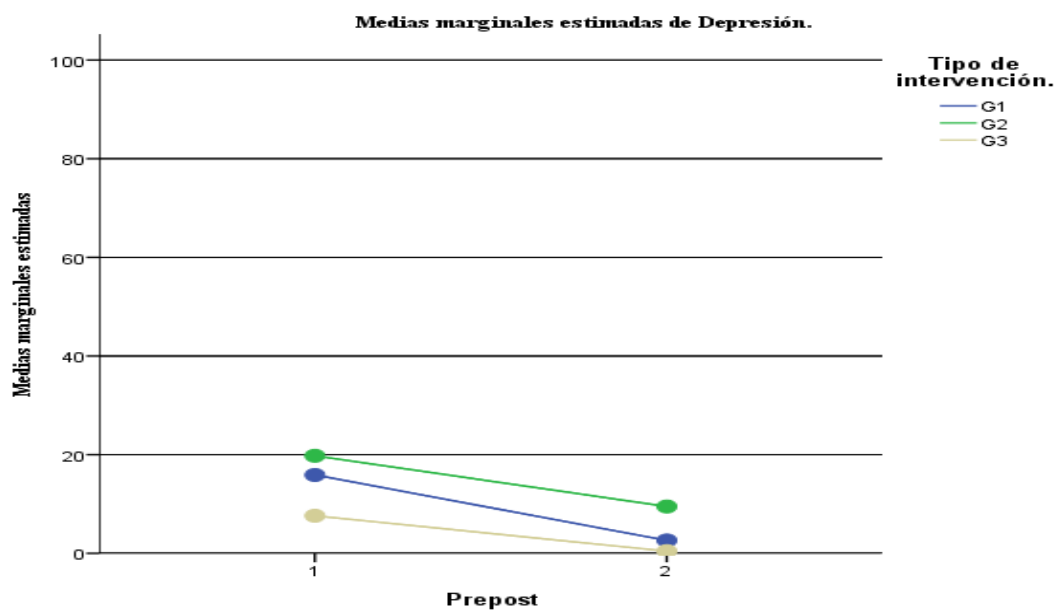
Objetivo específico 9. Determinar el nivel de modificación de depresión en los adolescentes participantes través del inventario de Beck y comparar los efectos de la aplicación de la CFT en una muestra de AI en comparación con G2, al que se le aplica psicoterapia tradicional y con G3 a los que no se les aplicará terapia alguna.

Los resultados obtenidos del ANOVA MIXTO de medidas pre y post para la variable depresión no reflejan interacción estadísticamente significativa de los factores momento de

aplicación por tipo de intervención en la variable depresión ($F = 1.012$, $p = .37$, $\eta^2_p = 0.03$).

Figura 14

Comparación de los grupos en función del pre y post tratamiento: Depresión



Nota. G1: Grupo de intervención; G2: Grupo de control; G3: Grupo de comparación.

7.6. Conclusión y Discusión.

El objetivo de este estudio era evaluar la eficacia del programa de la CFT sobre los AI, cuyo efecto se mide sobre distintas variables, delictiva (conducta delictiva), variables compasivas (autocompasión, compasión y miedo a expresar compasión por los demás) y variables de riesgo (motivación, autocontrol, empatía, agresividad, depresión). Se espera que las puntuaciones en las variables de compasión aumenten tras la intervención en el grupo de intervención (G1) frente al control (G2) y de comparación (G3) y que las puntuaciones en la conducta delictiva y de riesgo disminuyan también en mayor medida que lo hace en el G2 y G3.

Diferencias iniciales entre grupos.

Las diferencias iniciales entre grupos se probaron para las medidas de resultado; las puntuaciones no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos al inicio del estudio (todos $p > .05$); excepto en CD (entre grupo de intervención y grupo de comparación; entre grupo de control y grupo de comparación), agresividad (entre grupo de intervención y grupo de control), y depresión (entre grupo de control y grupo de comparación). Además, los puntajes de los AI (G1 y/o G2) en conducta delictiva, miedo a expresar compasión por los demás, agresividad y depresión son superiores a los del grupo de comparación, lo que significa que los AI con mayor frecuencia presentan conductas delictivas, tienen miedo a expresar compasión, presentan agresividad y se deprimen más que los participantes del grupo de comparación; confirmando la hipótesis 1 que planteaba una clara diferencia entre el grupo de AI y el grupo de comparación en éstas variables. También los puntajes de los AI (G1 y/o G2) en compasión y motivación son inferiores a los del grupo de comparación, lo que significa que los AI presentan menor compasión y se motivan menos que los participantes del grupo de comparación, consecuentemente la hipótesis 1 fue respaldada por los hallazgos de los datos. Sin embargo, no se confirma en la dirección esperada, Autocompasión ($G3 < G1$ y $G2$), autocontrol ($G3 < G1$ y $G2$) y empatía ($G3 < G1$ y $G2$).

También los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupo de intervención y grupo de control, es decir los Grupos de AI son similares en las 8 variables investigadas excepto en agresividad, donde grupo de control presenta mayor puntaje ($M = 99.67$) que grupo de intervención ($M = 78.67$). Lo cual constituye un resultado esperado en razón que los dos grupos están formados por adolescentes privados de libertad, con similares características y en el amparo de un mismo marco legal

Interacciones entre el momento de aplicación y el tipo de intervención.

En cuanto a las interacciones entre el momento de la aplicación (pre-post) y el tipo de

intervención (grupo de intervención, control y de comparación) los resultados mostraron que existieron interacciones estadísticamente significativas en las variables CD y SCS. La estimación del tamaño del efecto se estimó usando eta-cuadrado parcial (η^2p) que en el caso de conducta delictiva, correspondió a un efecto medio ($F = 10.421$, $p = .01$, $\eta^2p = 0.29$), apoyando la idea que este programa puede ser una intervención terapéutica precisa para disminuir la conducta delictiva. Y en el caso de autocompasión a un efecto bajo ($F = 4.631$, $p = .01$, $\eta^2p = 0.15$), lo que significa que la calidez y comprensión en los AI (SCS) se ha incrementado. Coincidiendo con Stosny (1995) sobre autocompasión, que la describe como incompatible con la conducta antisocial, porque juega un papel mediador significativo entre la conducta prosocial y la conducta antisocial (Liu et al., 2021) o como un amortiguador de la conducta delictiva porque se ha demostrado que una mayor autocompasión está relacionada con una menor presencia de trastornos psicopatológicos (Barnard y Curry, 2011).

De igual modo, en relación a las interacciones entre el momento de la aplicación (pre-post) y el tipo de intervención (grupo de intervención, control y de comparación) los resultados mostraron que no existieron interacciones estadísticamente significativas en las variables compasivas (compasión y miedo a expresar compasión) y las variables de riesgo (motivación, autocontrol, empatía, agresividad y depresión).

Así mismo, los puntajes obtenidos de la aplicación de CFT en el grupo de intervención han demostrado en relación con el grupo de control, que pueden favorecer en los AI una mayor disminución de conductas delictivas, el miedo a expresar compasión por los demás, agresividad y depresión. La disminución del miedo a expresar compasión por los demás es consistente con los resultados de la investigación realizada por Zahra y Mojtabaie (2016) quienes sostienen que la terapia centrada en la compasión regula las emociones negativas lo que facilita la expresión de la compasión por los demás.

También el grupo de intervención (G1) luego de la aplicación de CFT presenta puntajes más

altos en SCS, compasión hacia los demás, motivación, autocontrol y empatía que el grupo de control (G2). Estos resultados, confirman la hipótesis 2 del presente estudio y son consistentes con los resultados de la investigación realizada por Asano y otros (2015), Dàvila y otros (2020) y Van Dam y otros (2011).

A tenor de lo señalado, desarrollar la compasión en los AI puede considerarse como un objetivo terapéutico y es muy probable que pueda haber ofrecido a estos jóvenes un ambiente terapéutico cálido y seguro.

Comparación interacción pre y post tratamiento en grupo de intervención

Al comparar los efectos de interacción a través de la medida pre y post tratamiento en grupo de intervención los resultados indican diferencias significativas en CD, SCS y depresión. No se encontraron diferencias significativas en las demás variables investigadas. Si bien los puntajes respaldaron modificaciones adecuadas, esta diferencia no fue estadísticamente significativa en el Grupo de intervención (G1).

Tratamiento tradicional.

Los datos apuntan que el tratamiento tradicional por sí solo no es capaz de cambiar los rasgos de los AI investigados. Por el contrario, puede contribuir al mantenimiento o disminución de la motivación, empatía, autocompasión, compasión, miedo a expresar compasión y aumentar los niveles de conducta delictiva. Sin embargo, los puntajes en autocontrol, agresividad y depresión sugieren que el tratamiento tradicional funciona adecuadamente.

Fortalezas del estudio

Las fortalezas de este estudio incluyen los múltiples instrumentos que se utilizaron para evaluar diferentes características de los adolescentes, la posibilidad de contrastar con adolescentes con y sin privación de libertad y la separación de los 3 grupos para evitar la posible “contaminación”.

Además, la aplicación de la terapia centrada en la compasión, sostenida en forma individual (12 sesiones) y retroalimentada de manera grupal (3 sesiones) puede considerarse que promueve la idea de un aprendizaje adecuado de los principios básicos de la terapia y los sistemas de regulación emocional.

Limitaciones

Los hallazgos de este estudio deben considerarse dentro del contexto de importantes limitaciones. Primero, sin una condición de control activo, no es posible distinguir los efectos de la intervención observada y los efectos de cualquier efecto inespecífico de la terapia. Segundo, ya que un solo terapeuta administró todas las sesiones de tratamiento y evaluaciones, no es posible descartar la influencia del terapeuta, efectos específicos, características de la demanda u efectos observados. Tercero, depender únicamente de las medidas de autoinforme fue otra limitación del estudio. Los estudios ulteriores deben evaluar la intervención incluyendo calificaciones independientes de la calidad del tratamiento, comunicación y competencia del terapeuta, y uso de evaluaciones de diagnóstico administradas por un evaluador independiente. Cuarto, el estudio también tiene una capacidad limitada para generalizar los hallazgos de una pequeña muestra a diversas poblaciones con problemas similares.

Conclusión final

En síntesis, los resultados de este estudio proporcionan una evidencia preliminar de que la terapia basada en la compasión se asocia con modificaciones significativas en conducta delictiva ($p = .01$) y autocompasión ($p = .01$). Por lo que rechazamos la hipótesis nula y aceptamos que existen diferencias entre las medias. En tanto que la aplicación de CFT no ha producido modificaciones significativas en compasión ($p = .06$) y miedo a expresar compasión por los demás ($p = .25$). Consecuentemente aceptamos la hipótesis nula y admitimos que no existen diferencias entre las medias.

En relación a las variables de riesgo: motivación, autocontrol, empatía, agresividad y depresión, la aplicación de CFT no ha producido modificaciones significativas y admitimos que no existen estadísticamente diferencias significativas entre las medias. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

A pesar de lo manifestado, los puntajes obtenidos de la aplicación de CFT en el grupo de intervención han demostrado en relación con el grupo de control, que pueden favorecer en los AI una mayor disminución del miedo a expresar compasión por los demás, agresividad y depresión. Al parecer, la terapia centrada en la compasión ha sido eficaz para aprender a regular las emociones negativas y, como resultado, romper la resistencia de los sujetos contra el miedo a la compasión (Zahra & Mojtabaie, 2016). Inclusive, los estudios de imágenes por resonancia magnética (MRI) muestran que la autocompasión (cuyos puntajes se han incrementado significativamente en el presente estudio) activan algunas áreas del cerebro responsables de las emociones positivas y la reducción del estrés (Gilbert & Irons, 2005).

También el grupo de intervención presenta puntajes más altos en compasión hacia los demás, motivación, autocontrol y empatía, que el grupo control.

La naturaleza de esta intervención y las rápidas mejoras observadas en este estudio sugieren que la CFT puede ser un prometedor tratamiento como un complemento de otros tratamientos. En este sentido hay que tener en cuenta que el grupo al que se le aplicó la CFT también recibió tratamiento tradicional. Resultados del estudio y los comentarios de los participantes serán utilizados para orientar el trabajo futuro que mejore las intervenciones, explorando mecanismos de cambio, comparando esta intervención frente a otros tratamientos y evaluando la eficacia del tratamiento a mayor escala y para diversidad de sujetos.

Tareas investigativas para el futuro.

Dadas las muestras utilizadas, se debe investigar si estos resultados son generalizables para este tipo y otros de adolescentes en riesgo, como también la necesidad de investigar la propia

consolidación del programa, particularmente con respecto a la duración de cada sesión y del programa de intervención en general con el fin de documentar mejor los impactos.

Capítulo 8. Discusión General

El objetivo de la investigación fue establecer si la aplicación de la Terapia Centrada en la Compasión produce una mejora relevante sobre distintas variables relacionadas con la conducta delictiva, variables compasivas (autocompasión, compasión hacia los demás y miedo a expresar compasión por los demás) y variables de riesgo (motivación, autocontrol, empatía, agresividad y depresión) Y se espera que mejoren tras la aplicación, en mayor medida que lo hacen en el grupo de control y en el grupo de comparación. Para lograr dicho propósito se desarrollaron tres estudios, en el primero se determinó si la autocompasión está relacionada con los factores predictivos del delito. Así mismo, en el segundo estudio se construyó un protocolo de intervención como una herramienta útil en la que apoyarse, para realizar intervenciones con menores infractores, el cual fue aprobado por expertos de la especialidad. Este último estudio, fue aplicado en una investigación cuasi experimental para alcanzar el objetivo planteado. A continuación, se detalla cada uno de estos temas organizados en los tres estudios desarrollados en la investigación.

8.1. Autocompasión y predictores de conducta delictiva en adolescentes infractores

El estudio se realizó en dos centros de internamiento de AI del Ecuador. El 52.4% de la muestra investigada presenta un nivel alto de conductas delictivas (percentil 85-99), según el cuestionario de conductas delictivas de Seisdedos. Y en cuanto a la tipología delincuencia, 28 AI se encontraban privados de su libertad por delitos contra la propiedad, 15 por delitos sexuales, 15 por delitos contra las personas y 5 por tráfico de drogas.

La autocompasión es una estrategia activa y comprometida para comprender el propio

sufrimiento (incluido el sufrimiento basado en la vergüenza) y enfrentar el dolor de manera efectiva. Además, implica "estar más dispuesto a experimentar sentimientos difíciles y reconocerlos como válidos e importantes" (Neff, 2015, p. 59) y se encuentra relacionada positivamente con los índices de salud y bienestar psicológico (Akin, 2008; Hollis-Walker & Colosimo, 2011; MacBeth & Gumley, 2012; Michalec et al., 2009; Van Dam et al., 2011; Zessin et al., 2015).

Los resultados del presente estudio indican que la autocompasión está correlacionada con las variables autocontrol y empatía, y como factor de predicción se reveló la variable autocontrol (implica que no tuvo relación con agresividad). El análisis de regresión lineal simple, confirmó que la variable autocontrol predijo de manera positiva la autocompasión. Sin embargo, la agresividad y la empatía, no han emergido como predictores de la autocompasión. Las correlaciones revelaron que las subescalas de autoamabilidad y *mindfulness* estaban asociadas con autocontrol. Y el análisis de regresión lineal simple, igualmente reveló la existencia de una relación entre autocontrol (variable predictor) y las subescalas autoamabilidad y *mindfulness* (variable a predecir).

La correlación entre autocontrol y subescalas de autocompasión confirman el potencial de la autocompasión (autoamabilidad y *mindfulness*) para incrementar el autocontrol al superar el desagrado de la autoconciencia (Adams y Leary, 2007; Webb & Forman, 2013). La evidencia sugiere que la autocompasión empodera a las personas para superar este desagrado, reduciendo así la falta de control. (López & López, 2003).

La autocompasión está relacionada con los factores predictivos de criminalidad (autocontrol y empatía) en los adolescentes infractores investigados; a partir de ahí, se puede utilizar dicha información para proporcionar orientación más precisa en el tratamiento de delincuentes juveniles (Dávila et al., 2020). En pocas palabras, si se desarrolla adecuadamente autocompasión se puede disminuir la posibilidad de realizar conductas delictivas o

criminógenas. Lo cual fue mostrado hace ya algún tiempo por el metaanálisis de MacBeth y Gumley (2012) que encontro un significativo tamaño del efecto al examinar la relación entre autocompasión y psicopatología.

8.2. Diseño de un programa de intervención desde la Terapia centrada en la compasión en adolescentes infractores.

Para diseñar el protocolo se utilizó: la terapia centrada en la compasión (Gilbert P. , 2015), protocolo de entrenamiento en compasión de base cognitiva. (Ozawa-de Silva & Dodson-Lavelle, 2011), protocolo de entrenamiento en el cultivo de la compasión (Jazaieri et al., 2014), protocolo de Mindfulness y autocompasión (Neff & Germer, 2013) y terapia de compasión basada en los estilos de apego (García-Campayo et al., 2016). En la parte metodológica se definieron los participantes, instrumentos, mecanismos de análisis de resultados y conclusiones.

Para evaluar el protocolo se diseñó un cuestionario que fue cumplimentado por un grupo de 10 expertos todos titulados en Psicología. Según el informe, se cumple con el objetivo de ser un referente para la intervención de los AI (ítems 1-6; $M = 3.75$), las técnicas que se describen en la guía fueran fáciles de poner en práctica (ítem, $M = 3.8$) y estuvieron de acuerdo que solamente el personal formado (psicólogos/as, orientadores/as, consultores/as. etc.) fueran quienes las tuvieran que poner en práctica (ítem 8, $M = 3.7$). El contenido que se incluye también parece ser el adecuado en opinión de los destinatarios (ítems 9-12. $M = 3.6$) y se consideró que su aplicación puede resultar una herramienta útil para prevenir problemas de la adolescencia si se ponen en marcha estrategias de intervención temprana (ítem 13, $M = 3.7$),

aunque también se asume que este trabajo, desde la óptica institucional, podría lograr una mejoría en el comportamiento del adolescente (ítem 14, $M = 3.7$).

En cuanto a la concordancia del juicio entre los expertos, el coeficiente Kappa es de 0.84, que corresponde a un acuerdo importante, según la escala de Fleiss. Consecuentemente, en atención al juicio de los evaluadores del protocolo los resultados obtenidos son adecuados para el objetivo planteado.

Terminado el proceso, finalmente, se llegó a la conclusión que el protocolo podría servir de referencia para guiar la puesta en práctica del programa de terapia centrada en la compasión en AI.

8.3. Aplicación y evaluación del protocolo de la terapia centrada en la compasión en adolescentes infractores.

La relación entre AI y la compasión parece ser un área de estudio prometedora para mejorar potencialmente la conducta delictiva, agresividad, depresión y posiblemente disminuir las tasas de reincidencia en los delincuentes juveniles. Las cualidades de la compasión que abordan muchas de estas necesidades de los AI podrían aumentarse mediante la intervención con programas calificados. Sin embargo, falta mucho por investigar, muchas preguntas se plantean y quedan sin respuesta sobre los efectos de la compasión en relación con otras variables psicológicas relacionadas con los AI. Si bien ya se han realizado trabajos empíricos (Kirby et al., 2017; Zahra y Mojtabaie, 2016) con estos objetivos en la población de adolescentes infractores, no se ha estudiado previamente con respecto a la relación entre las variables delictivas, compasivas y de riesgo. Para efectivizar los beneficios potenciales de la compasión a los adolescentes infractores, se necesita más información sobre su experiencia específica y sus necesidades, siendo este el objetivo de este estudio.

Utilizando las bases teóricas de la terapia centrada en la compasión, el estudio actual buscó comprender el impacto de la compasión y autocompasión en la conducta delictiva, motivación,

autocontrol, empatía, agresividad y depresión en los AI. El estudio investigó esa relación en tres grupos de adolescentes: adolescentes privados de libertad a quienes se les iba aplicar la CFT (G1), adolescentes privados de libertad quienes recibían la terapia tradicional (G2) y un tercer grupo de adolescentes no privados de libertad, sin antecedentes penales (G3).

El estudio se realizó en dos centros de internamiento de AI ($n = 18$) en diferentes ciudades (Machala y Guayaquil) y en dos colegios públicos ($n = 18$) del Ecuador. Las puntuaciones no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos al inicio del estudio (todos $p > .05$); excepto en CD (entre G1 y G3; entre G2 y G3), agresividad (entre G1 y G2), y depresión (entre G2 y G3). Lo que quiere decir que los AI se caracterizan por presentar frecuentemente conducta delictiva, agresividad y depresión. Y que al iniciar el estudio, en SCS, compasión hacia los demás, el miedo a expresar la compasión por los demás, la motivación, el autocontrol y la empatía de los participantes no presentaron diferencias estadísticamente significativas. Tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas entre G1 y G2 (AI), excepto en agresividad. Lo cual se puede entender debido a que son grupos constituidos por AI con características similares seleccionados para propósitos investigativos.

Los niveles elevados de agresividad pueden ser explicados a través de una alta propensión a la vergüenza, particularmente la externa, culpando a los demás por esos sentimientos, lo que puede provocar agresión física y verbal a los demás y el surgimiento de conductas delictivas (Elison et al., 2014; Hejdenberg y Andrews, 2011; Tangney y Dearing, 2002; Stuewig et al., 2010). Estudios previos han mostrado que es más frecuente en los jóvenes detenidos que en los jóvenes normativos (Ribeiro da Silva et al., 2019) la presencia de rasgos impulsivos que generalmente conducen a la agresividad. Posiblemente el mayor nivel de agresividad en G2 tenga que ver con las características institucionales del CAI- M y el CAI-G donde se encuentran detenidos; como p. ej., en el primer caso son parte de una población de 30 AI, y el segundo son parte de una población de 150 AI.

También, el presente estudio encontró que en la relación AI (G1 o G2) con G3, los puntajes del primer grupo (AI) son superiores en todas las variables al segundo grupo (G3), confirmando la hipótesis que existen diferencias entre G1 o G2 con G3. Lo primero, está documentado en Abram et al., 2015 y Rijo et al., 2016, que expresa que existe una alta prevalencia de diagnóstico de trastorno de conducta entre los AI. Con respecto a la presencia de rasgos depresivos, no olvidemos que la vergüenza y la culpa son emociones autoconscientes y desempeñan un rol protagonista en la motivación y regulación de los pensamientos, emociones y actos (Campos, 1995; Fischer & Tangney 1995) Los rasgos depresivos, sugieren sentimientos de culpa y vergüenza interna (Elison et al., 2014; Hejdenberg y Andrews, 2011; Tangney y Dearing, 2002, Stuewig et al., 2010).

Las interacciones entre el momento de la aplicación (pre-post) y el tipo de intervención (G1, G2, G3) mostraron que existieron interacciones estadísticamente significativas en las variables conductas delictivas y autocompasión a pesar del pequeño tamaño de la muestra. Lo cual quedo demostrado en el primer estudio desarrollado en la presente tesis (Dávila et al., 2020) y es que, la SCS funciona principalmente cuando se producen situaciones en las que un aspecto de uno mismo esta en riesgo de ser juzgado negativamente (Finlay-Jones et al., 2015). Coincidiendo con Stosny (1995) sobre autocompasión, que la describe como incompatible con la conducta antisocial, porque juega un papel mediador significativo entre la conducta prosocial y la conducta antisocial (Liu et al., 2021) o como un amortiguador de la conducta delictiva porque se ha demostrado que una mayor autocompasión está relacionada con una menor presencia de trastornos psicopatológicos (Barnard y Curry, 2011).

Así mismo, los resultados de la aplicación de CFT en G1 han mostrado en relación con el G2, que pueden favorecer en los AI una mayor disminución de CD, el miedo a expresar compasión por los demás, agresividad y depresión.

También el grupo de intervención (G1) tras la aplicación de CFT presenta puntajes más

altos en SCS, compasión hacia los demás, motivación, autocontrol y empatía que el grupo de control (G2). Estos resultados, confirman la hipótesis 2 de que la aplicación de la CFT en el G1 producirá una mejora en la variable delictiva, en las variables compasivas y en las variables de riesgo en comparación con los otros grupos del presente estudio y son consistentes con los resultados de la investigación realizada por Asano, y otros (2015), y Van Damet al., (2011).

El desarrollo compasivo y autocompasivo ha provocado la autocorrección compasiva alejándose de la mente amenazante reduciendo la agresividad, miedo a expresar compasión por los demás y la baja de rasgos depresivos. (Gilbert 2015). En este mismo sentido la mente compasiva ha provocado la disminución de conductas delictivas. En base a la teoría sostenida en la presente investigación, los aumentos en los puntajes de compasión y autocompasión en todos los análisis desarrollados pueden sugerir que se correlacionan con mayores disminuciones en la vergüenza. Y qué duda cabe que los AI se desarrollaron en escenarios de crianza difíciles (Ribeiro da Silva et al., 2015), por lo que tienden a presentar un sistema de amenazas en constante alerta, que funciona principalmente de acuerdo con los principios de supervivencia y disfunciones emocionales (Garofalo et al., 2018).

Y es que, en lugar de confiar en el razonamiento y la lógica de alto nivel, la terapia basada en la compasión se enfoca en crear una sensación de bondad, calidez y comprensión hacia uno mismo por haber experimentado el sufrimiento. Lo que finalmente pudiera provocar un equilibrio emocional y elevar la salud mental del AI.

A tenor de lo señalado, desarrollar la compasión en los AI puede considerarse como un objetivo terapéutico relevante y es muy probable que pueda haber ofrecido a estos jóvenes un ambiente terapéutico seguro y cálido que les permitiera: (1) procesar sus propios recuerdos y emociones desagradables con compasión (2) favorecer el coraje, la fuerza y la sabiduría para volverse más conscientes de sí mismos, de sus estados emocionales y respuestas conductuales; y (3) encontrar y probar estrategias alternativas compasivas para tolerar y enfrentar de manera

saludable su propio sufrimiento y / o el sufrimiento de los demás (Ribeiro da Silva et al.,2019).

Los datos del presente estudio respaldaron hallazgos previos en depresión (Lee & Bang (2010), $d = 0.72$; Lo et al. (2013), $d = 0.94$; Neff & Germer (2013) , $d = 0.91$; Pons (2014), $d = 0.79$); en ansiedad (Lee & Bang (2010), $d = 0.90$; Lo et al. (2013) $d = 0.75$; Neff & Germer (2013) $d = 0.74$; Pons (2014) $d = 0.49$); en trastornos psicológicos (Lee & Bang (2010) = $d = 0.93$; Lo et al. (2013) $d = 0.59$; Neff & Germer (2013) $d = 0.39$; Pons (2014) $d = 0.96$) y en bienestar (Lee & Bang (2010) = $d = 1.17$; Lo et al. (2013) $d = 0.66$; Neff & Germer (2013) $d = 0.33$; Pons (2014) $d = 0.38$). Tras la aplicación de la CFT, los puntajes de las diferentes variables se modificaron adecuadamente. La variable compasión (se incrementó autocompasión, compasión hacia los demás y decreció el miedo a expresar compasión por los demás) y a su vez disminuyeron los puntajes de la variable conducta delictiva, agresividad y depresión. De igual manera, las pruebas aplicadas reflejaron un aumento de motivación, autocontrol y empatía. Sin embargo, esta diferencia no fue de magnitud suficiente para alcanzar significación estadística.

8.4. Limitaciones de los trabajos.

El desarrollo de la investigación describió diferentes limitaciones que es necesario identificar para poder subsanar en próximos estudios. Pero, por el contexto, destacamos la deseabilidad social que presenta la población con trastornos antisociales y aquellos en condición de privación de la libertad, que podría estar influyendo en las respuestas dadas por los adolescentes infractores a las preguntas de los instrumentos utilizados y modificar los resultados obtenidos. Como se ha demostrado, presentan una mayor frecuencia de mentiras, engaño, y conductas socialmente indeseables (Ferrán, Domínguez, & Graff-Guerrero, 2018). En futuros estudios se recomienda incluir instrumentos psicométricos específicos que permitan identificar los niveles de deseabilidad social. También, algunas medidas utilizadas en el presente estudio (SCS. Compasión, etc.), se han desarrollado y validado con muestras caucásicas de habla

inglesa, pese haberse adaptado/traducido al español es posible que los adolescentes no entiendan y respondan a estas medidas de la misma manera, siendo necesario adaptarlas a la realidad Ecuatoriana.

Respecto al primer trabajo, de autocompasión y predictores de conducta delictiva en adolescentes infractores, cabría señalar que los datos presentados son el resultado de un análisis estadístico de la información extraída de dos centros de AI en Ecuador, correspondiente a 63 adolescentes infractores, (28 fueron privados de libertad por delitos contra la propiedad, 15 por delitos sexuales, 15 por delitos contra las personas y 5 por tráfico de drogas). Sería por tanto deseable, además de aumentar el número de Centros y AI en donde se analicen estos aspectos, poder realizar ulteriores trabajos con una metodología que incluya otras variables (como autoestima, salud mental, motivación, etc.) para poder confirmar o no la predicción de conducta delictiva en adolescentes infractores a través de la autocompasión.

Respecto al segundo y tercer trabajo, se debe señalar que el número de profesionales (10) para valorar la guía y la muestra de AI (18) fue pequeña lo que no permite extrapolar los resultados encontrados. El hecho de no contar con un número mayor de AI se ha debido principalmente a las limitaciones propias del estudio en el que se ha desarrollado el trabajo (como se ha indicado en el apartado de procedimiento del tercer estudio de esta tesis) según las cuales el programa se realizó en un CAI, (que cuenta con niveles de control y seguridad, direccionadas por políticas institucionales), con una población de AI relativamente pequeña. Sería por tanto preceptivo realizar, en proyecciones futuras, el mismo programa y su aplicación en por lo menos 6 centros de los 11 que existen en la república del Ecuador.

Capítulo 9. Conclusiones Finales

Thomas Henry Huxley, sostenía hace mucho tiempo (1825-1895) que la única medicina contra la delincuencia y todos los demás males de la humanidad, es la sabiduría. Es decir, mientras más podamos investigar y confirmar supuestos que expliquen y posibiliten una recuperación a los AI estaremos en mejores condiciones de poder enfrentar la amenaza potencial para el desarrollo individual, social y económico de los países. (Gaeta & Galvanovskis, 2011; Garaigordobil & Maganto, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2003).

De la investigación desarrollada se puede llegar a dos conclusiones o aportaciones. La primera es la creación de un protocolo de la terapia centrada en la compasión adaptada a menores infractores, y luego de ello, aplicarlo. Los resultados muestran una reducción en comparación al grupo control en conductas delictivas, depresión, agresividad, miedo a la compasión, elevando los niveles de compasión y autocompasión en adolescentes infractores de la ley, inmediatamente después de la intervención.

A continuación, se presentan las principales conclusiones de los estudios que componen la investigación.

Estudio 1. Autocompasión y predictores de conducta delictiva en adolescentes infractores

1. La autocompasión está relacionada con los factores predictivos del delito (autocontrol y empatía) en los adolescentes infractores investigados. La correlación entre las subescalas de autocontrol y autocompasión confirma el potencial de la autocompasión

para aumentar el autocontrol superando el bloqueo de la autoconciencia (Adams y Leary, 2007; Webb & Forman, 2013). La evidencia apoya la hipótesis de que los AI con mayores puntuaciones en SCS tienden a tener más autocontrol y empatía. Además, el autocontrol ha surgido como predictor positivo de la autocompasión.

2. La autocompasión no está correlacionada con la agresividad, ni tampoco ésta última ha surgido como predictor de autocompasión. Esta información, confirmada por otros estudios se puede utilizar para proporcionar una orientación más precisa en el tratamiento de los delincuentes juveniles.
3. En esta misma línea, destaca la necesidad de realizar más investigaciones para comprender cómo se vincula la autocompasión a la conducta delictiva en los adolescentes infractores

Estudio 2. Diseño de un programa de intervención desde la Terapia centrada en la compasión en adolescentes infractores.

4. La terapia centrada en la compasión representa un modelo integrativo de diversas teorías psicológicas, cuyo núcleo central constituye el desarrollo de la compasión. Bajo este marco teórico, pero no el único, se ha desarrollado el protocolo de intervención a menores infractores. La compasión y más precisamente la CFT se ha convertido en uno de los principales enfoques, con una base de evidencia en expansión (Leaviss & Uttley, 2015) aplicable a personas que tienen problemas de salud mental principalmente vinculados a niveles elevados de alta vergüenza y autocrítica y qué duda cabe, que los adolescentes infractores, son personas que tienen un alto nivel de vergüenza debido a que sienten la desaprobación, no sólo a su acción, sino que siente un rechazo a su persona y una crítica a la acción de delinquir (Santos, 2002). Básicamente, la vergüenza ha sido reconocida como un importante elemento que forma parte de una variedad de problemas de salud mental y propensión a la agresión (Gilbert, 2003; Tangney &

Dearing, 2002). Más aún, las personas incluso pueden correr el riesgo de muerte y lesiones graves para evitar la vergüenza y lo que ello implica.

5. El protocolo CFT, para su preparación y aprobación, ha requerido de levantamiento bibliográfico, organización de los contenidos, validación por un grupo de expertos y finalmente su aplicación.
6. La evaluación positiva desarrollada por los expertos durante el diseño del protocolo, la baja deserción de los participantes en su ejecución y la obtención de resultados favorables conducen a sostener que es una herramienta importante para ser utilizada por profesionales de la psicología en el tratamiento de AI. Además, de lo que se conoce, este es el primer programa psicoterapéutico diseñado específicamente para reducir los rasgos estudiados en los adolescentes privados de su libertad y el primer estudio en utilizar una intervención basada en CFT para tratar a AI, en el marco de estas características y en forma individual y grupal.

Estudio 3. Aplicación y evaluación del protocolo de la terapia centrada en la compasión en adolescentes infractores.

7. Al inicio del estudio los AI, frecuentemente ejecutan CD, y presentan sobresalientes rasgos agresivos y depresivos
8. Los AI no presentan diferencias significativas al inicio del estudio entre sí, excepto en agresividad, donde G2 muestra mayor agresividad que G1 de manera significativa.
9. Los participantes al inicio del estudio que se encuentran privados de libertad se diferencian significativamente del G3 (estudiantes) por el cometimiento de actos delictivos y rasgos depresivos.

10. La aplicación de la CFT ha posibilitado elevar los niveles de autocompasión en el grupo de intervención de una manera estadísticamente significativa y no por casualidad, confirmado a través de los análisis desarrollados: efectos de interacción pre-post tratamiento, en el postratamiento y en la relación prepost de SCS.
11. De igual manera, tras la aplicación de CFT ha disminuido la conducta delictiva en el grupo de intervención de una manera estadísticamente significativa y no por casualidad, confirmado a través de los análisis desarrollados: efectos de interacción pre-post tratamiento, en el postratamiento y en la relación prepost de SCS.
12. Si bien la compasión hacia los demás incrementó su puntaje en los múltiples análisis, no presentó diferencias significativas con los otros grupos. Lo mismo ocurrió con el miedo a expresar compasión por los demás, pero en sentido de decrecimiento.
13. A partir de la aplicación de CFT los AI intervenidos presentan disminución de conductas delictivas, caída del miedo a expresar compasión, disminución de rasgos agresivos, depresivos y a la vez aumento de compasión hacia los demás y autocompasión. Cumpliéndose plenamente la hipótesis 2.
14. En función de lo expuesto, podría concluirse que la intervención ha logrado una parte importante de los objetivos planteados. A tal efecto, podrían indicar que, la aplicación de la terapia centrada en la compasión en adolescentes infractores puede mejorar la salud mental de los AI, al disminuir sus niveles de agresividad, depresión y ocasionar la disminución de conductas antisociales y delictivas, presumiblemente por elevar el nivel de autocompasión y compasión. Como resultado de ello, se podría implementar en los sistemas de rehabilitación de AI

En síntesis, los resultados hallados en el presente trabajo ponen de manifiesto la importancia de realizar intervenciones que fomenten el desarrollo de la compasión para

equilibrar la salud mental de AI y disminuir las CD, que cada día aumentan notablemente.

Referencias.

- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 1120–1144. doi:10.1521/jscp.2007.26.10.1120
- Aguilar, G. (2008). El principio del interés superior del niño y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Estudios constitucionales, 6*(1), 223-247. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/820/82060110.pdf>
- Akın, A. (2008). Scales of Psychological Well-being: A study of validity and reliability. *Educational Science: Theory & Practice, 8*(3), 721-750.
- Alessandri, S. M., & Lewis, M. (1993). Parental evaluation and its relation to shame and pride in young children. *Sex roles, 29*(5-6), 335-343. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00289427>
- Anderson, C., Hogarty, G., & Reiss, D. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull, 6*(3), 490–505. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>

- Andreu, J. M., Peña, M. E., & Larroy, C. (2010). Conducta antisocial, impulsividad y creencias justificativas: análisis de sus interrelaciones con la agresión proactiva y reactiva en adolescentes. *Psicología conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 18(1), 57-72. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/record/2010-07995-003>
- Andreu, J.M., Peña, M.E. y Graña, J.L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14, 476-482.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law*, 16, 39–55.
- Andrews, D., Bonta, J., & Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 735-755. doi:10.1177/0093854811406356
- Antolín, L. (2011). La conducta antisocial en la adolescencia: una aproximación ecológica. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla, Sevilla. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11441/15485>
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (Fifth Edition ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arias Moreno, M. J. (2013). *Evolución psicosocial en pacientes intervenidas de cirugía estética mamaria*. Obtenido de Retrieved from <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/46736>
- Armstrong, k. (2010). *Twelve steps to a compassionate life*. New York: Knopf.
- Arregui, J. L. (2012). *Variables cognitivas y motivacionales relacionadas con el nivel de riesgo y el comportamiento de delincuentes juveniles y adultos*. (Doctoral dissertation, Universidad de La Laguna).

- Arriola, J. F. (2016). Estado, Criminalidad y Paz. *Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana*, 45-55. Obtenido de http://revistas.ibero.mx/juridica/articulos_pdf/251744.pdf
- Asamblea Constituyente. Montecristi. *Constitución del Ecuador*.(2008).: Registro Oficial 449.
- Asamblea Nacional (2007). *Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes*. Caracas.
- Asano, K., Koike, H., Isoda, H., Inoue, T. S., Asanuma, A., & Iyo, M. (2015). Effect of Group Cognitive Behavioral Therapy with Compassion Training on Depression: A Study Protocol. *British Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 1-5.
- Auserón, G. A., Viscarret, M. R., Goñi, C. F., & Rubio, V. G. (2017). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria*, 50(3), 141-150. doi:10.1016/j.aprim.2017.03.009
- Ávila, V. (2017). ¿Corresponsabilidad familiar en instituciones de reeducación para adolescentes infractores? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(2), 1191-1206. doi:10.11600/1692715x.1522712102016
- Baillargeon, J., Black, S. A., Contreras, S., Grady, J., & Pulvino, J. (2001). Antidepressant prescribing patterns for prison inmates with depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 63, 225-231.
- Balarezo Gómez, J., & Rodríguez Biezma, M. (2010). *Programa central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores*. Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Obtenido de <http://www.observatoriodelainfanciadeasturias.es/documentos/f07022012130358.pdf>
- Balarezo, L. (1986). *Introducción a la psicoterapia*. Quito: Offset Independencia.
- Bandura, A. (1991). Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation. *Self-*

regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms, 38, 69-164.

Bandura, A. (2002). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Moral Education*, 31(2), 101-119. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/0305724022014322>

Bandura, A., & Richard, W. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. (A. Universidad, Ed.) Madrid.

Barnard, L. K., & Curry, J. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. doi:10.1037/a0025754

Barra, M. (2007). A clínica psicanalítica em um ambulatório para adolescentes em conflito com a lei. *Estudos e Pesquisa em Psicologia. Scielo*, 7(3), 72-81.

Barrett-Lennard, G. (1997). The recovery of empathy: Toward others and self . En *In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (págs. 103–121). Washington, DC: American Psychological Association Press. doi:10.1037/10

Bascuñán, M. (2016). Desafíos Éticos en Psicoterapia. Perspectiva de Terapeutas y Pacientes. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 203-215.

Baumeister, R., Bratslavski, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.

Branson, C. E., Baetz, C. L., Horwitz, S., & Hoagwood, K. E. (2017). *Trauma-Informed Juvenile Justice Systems: A Systematic Review of Definitions and Core Components. Psychological Trauma* (6 ed., Vol. 9(6)). doi:10.1037/tra0000255

Becerra, P., & Alvarado, A. (2013). Tesis de grado académico de Magíster. *Jovenes infractores de ley significados que le otorgan a su participacion en proceso de intervencion de programa de salidas alternativas PSA "Acuerdos Concepción"*. Concepción, Chile:

Universidad del Bío Bío. Obtenido de
<http://repobib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/183>

- Bechtel, K., Lowenkamp, C., & Latessa, E. (2007). Assessing the risk of re-offending for juvenile offenders using the Youth Level of Service/Case Management Inventory. *Journal of Offender Rehabilitation, 45*(3-4), 85-108. doi:10.1300/J076v45n03_04
- Beck, A., Davis, D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications. Obtenido de <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Therapy-of-Personality-Disorders/Beck-Davis-Freeman/9781462525812>
- Beck, A., Rygh, J., Weinberger, A., & Young, J. (2016). *Terapia cognitiva para depressão. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo*. Obtenido de https://books.google.com.ec/books/about/Manual_Clínico_dos_Transtornos_Psicoló.html?id=MUA_DQAAQBAJ&redir_esc=y
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry, 4*(6), 561-571.
- Bennett, M., Dennett, D., Hacker, P., & Searle, J. (2008). La naturaleza de la conciencia. Cerebro, mente y lenguaje. *www.gacetadepsiquiatriauniversitaria. 164*.
- Bernal, T. (2017). Proyecto de vida de jóvenes en el sistema de protección colombiano. Una perspectiva desde las intervenciones socioeducativas. *Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, 28-47*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163197>
- Bluth, K., Roberson, P., Gaylord, F. K., Grewen, K., Arzon, S., & Susan, G. (2015). Does self-compassion protect adolescents from stress? *Journal of Child and Family Studies, 25*(4), 1098–1109. doi:10.1007/s10826-015-0307-3
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2006). Riesgo-Necesidad-Responsividad Modelo de Evaluación y Rehabilitación de Infractores. *Diplomado Evaluación Diferenciada con Adolescentes*

- Infractores de Ley*. De traducción realizada con fines pedagógicos. Diplomado evaluación diferenciada con adolescentes infractores de ley. FONDEF D08i-1205.
- Boothby, J. L., & Clements, C. B. (2000). A national survey of correctional psychologists. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 715-731.
- Borkovec, T., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized. En R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin, *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pág. 446). Nueva York: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. 1). Londres: Hogarth Press. Obtenido de <https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf>
- Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52, 411–415. doi:10.1016/j.paid.2011.10.050
- Brown, B. (1998). *Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within*. Shambhala Publications. Obtenido de https://www.goodreads.com/book/show/98402.Soul_Without_Shame
- Burky, S. (Mayo de 2017). *La Implementación de Políticas Sociales desde la Perspectiva de la Gobernanza Interactiva: El Caso del Programa 24 Horas*. Santiago, Chile. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145924>
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression Questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 452-459. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/buy/1993-00039-001>
- Caballo, V. (2012). *Manual Para El Tratamiento Cognitivo-Conductual De Los Trastornos Psicológicos* (Vol. 2). Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión. (2019). *Ley General De Los Derechos*

De Niñas, Niños Y Adolescentes. Mexico.

- Campayo, J. G., Navarro, M., Modrego, M., Morillo, H., & Correa, M. (2016). Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 57-69. doi:10.33898/rdp.v27i103.104
- Campos, J. J. (1995). Foreward. *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*, 9-11.
- Campoverde, E., & Quiroga, M. (2016). Modelo de atención integral sociopsicológico y pedagógico para la reinserción social de adolescentes infractores. *Ciencias sociales y políticas*, 3-16. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761536>
- Capafóns, A., & Barreto, P. (1989). Competencia aprendida: Fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones. *Revista Española de Terapia del comportamiento*, 7, 19-39.
- Carrasco, N., García, J., & Zaldívar, F. (2014). Estimación y caracterización de los antecedentes de protección de los menores infractores. *Anuario de Psicología Jurídica*(24), 31-35.
- Carrasco, N., García, J., & Zaldívar, F. (2018). Diferencias Asociadas a la Violencia Filio-Parental en función del tipo de familia (“normalizadas” Vs “en riesgo”) y parentesco de la víctima. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(3), 30-35. Obtenido de <http://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.3.4>.
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clin Psychol Psychother*, 28, 93– 108. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>
- Celin, J. (2016). La Inimputabilidad del Adolescente frente al Derecho Vulnerado de la Víctima, dentro de la Cuarta Unidad Judicial de GaraContravenciones y Menores

- Infractores de la ciudad de Quito en el Primer Semestre del 2015. *Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de: Abogado*. Quito, Ecuador.
- Consejo de la Judicatura. (2020). *Informe de la situación de adolescentes en conflicto con la ley durante el periodo de emergencia sanitaria del 16 de marzo al 05 de junio de 2020*. Quito-Ecuador.
- Chesta, S., & Alarcón, P. (2019). Preliminary validity of the inventory of criminogenic risks evaluation YLS/CMI in adolescents in Chile. *Revista Criminalidad*, 25-40. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082019000200025
- Chinchay Morales, J. B., & Gil Ibañez, W. D. (2014). Conductas Antisociales-Delictivas y Estilos de Pensamiento en Estudiantes de una Institución Educativa del Distrito de Tumàn, 2014. *PAIAN*, 5(2). Obtenido de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/92/91>
- Claver, E., & Schade, N. (2018). Violencia filio-parental: una propuesta explicativa y de intervención. *Revista Electrónica de Trabajo Social, Universidad de Concepción (Chile)*, 81-93.
- Código de la Niñez y Adolescencia. (03 de Enero de 2003). Quito: Registro Oficial 737. Obtenido de <http://www.lexis.com.ec/wp-content/uploads/2017/09/CODIGO-DE-LA-NIN%CC%83EZ-Y-ADOLESCENCIA.pdf>
- Código de Menores. (1992). Congreso nacional del Ecuador, Quito, Registro Oficial, 1992-08-07, núm. 995, págs. 30-67.
- Código Orgánico Integral Penal. (2014). Asamblea Nacional del Ecuador. Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones Legislación Conexa. Versión Profesional.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences, 2nd ed.*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Conde, I., Ustárrroz, J., Landa, N., & López, J. (2005). Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, *17*(2), 121-129. Obtenido de <https://doi.org/10.20882/adicciones.377>
- Congreso de Colombia. (2006). *Código de la Infancia y la Adolescencia Ley 1098*. Bogotá.
- Congreso de la República. (2000). *Código De Los Niños y Adolescentes*. Lima.
- Convención sobre los Derechos del Niño. (1989). Resolución 44/25, Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 20 de noviembre. Obtenido de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Cosley, B. J., McCoy, S. K., Saslow, L. R., & Epel, E. S. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, *46*, 816–823.
- Cozolino, L. (2007). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. Norton.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, *67*, 993–1002.
- Cuervo, K., & Villanueva, L. (2013). Reiteración y reincidencia delictiva en menores españoles con expediente judicial. *Revista Mexicana de Psicología*, *30*, 61-68.
- Cullen, M., & Brito, G. (2015). *The mindfulness-based emotional balance workbook: An eight-week program for improved emotion regulation and resilience*. Oakland: CA: New Harbinger Publications.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem Solving Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Dávila, M., Dávila, J., & Dávila, R. (2020). Self-compassion and predictors of criminal conduct in adolescent offenders. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma (JAMT)*, *29*(8), 1020-1033. doi:10.1080/10926771.2019.1697778

- Dávila, P., Naya, L., & Lauzurika, A. (2017). Las personas con discapacidad, el derecho a la educación y la Convención sobre los Derechos del Niño en América Latina. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 97-117. Obtenido de <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/1973>
- Day, D. M., & Wanklyn, S. G. (2012). Identification and operationalization of the major risk factors for antisocial and delinquent behaviour among children and youth. *National Crime Prevention Centre, Public Safety Canada*.
- De Ferrari, I., & Garrido, R. (2018). Situación actual de la justicia penal de adolescentes en América latina. *Revista Uruguaya De Derecho De Infancia*, 27. Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/671/file/Situaci%C3%B3n%20educativa%20de%20las%20y%20los%20adolescentes%20privados%20de%20libertad%20por%20causas%20penales%20en%20ALC.pdf>
- De La Cruz, J. (2019). Prevalencia de los esquemas maladaptativos tempranos en adolescentes con bajo, medio y alto nivel de conducta antisocial en una Institución Educativa Del Callao. *Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Lima, Perú.
- De Lasala, F. (2013). *El Tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas*. Madrid, España: Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180634124008>
- De Rosa, P. (2018). Garantía sustancial de edad mínima de responsabilidad penal juvenil. *Teoría y Praxis*(32), 3-12.
- Defensoría del Pueblo de Ecuador. (2016). *Informe temático sobre la situación de las y los adolescentes en los centros de adolescentes en conflicto con la ley penal*. Quito: DPE. Obtenido de <http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/1521>
- Defensoría Pública del Ecuador. (2013). Adolescentes: Una mirada a su justa situación. *Revista*

Institucional de la Defensoría Pública del Ecuador. Obtenido de <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/1003/1/dyj03.pdf>

Del Giorgio Solfa, F., De Sio, N., & Giroto, L. (2009). Aportes conceptuales y metodológicos para la implementación de Carta Compromiso con el Ciudadano en el ámbito de la provincia de Buenos Aires. *Reflexiones*, 15-30. Obtenido de <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/3696/Documento+completo.pdf?sequence=1>

Del Pozo, F. (2018). *Pedagogía social en Iberoamérica : fundamentos, ámbitos y retos para la acción socioeducativa*. Granada, España: Universidad del Norte.

Del Pozo, F. J., & Astorga, C. M. (2018). La Pedagogía Social y Educación Social en Colombia:Corresponsabilidad Institucional, Académica y Profesional necesaria para la Transformación Social. *Foro de Educación*, 16(24), 167-191. doi:10.14516/fde.477

Depue, R., & Morrone Strupinsky, J. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioraland Brain Sciences*, 28, 313–395. doi:10.1017/S0140525X05000063

Desatnik, O. (2013). Representaciones sociales de terapeutas en formación sobre la relación terapéutica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 159-171. Obtenido de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num1/Vol16No1Art11.pdf>

Diario Oficial de la Unión Europea. (9 de mayo de 2006). Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre “La prevención de la delincuencia juvenil, los modos de tratamiento de la delincuencia juvenil y el papel de la justicia del menor en la Unión Europea”.

Díaz, M. (2018). Factores familiares que influyen en la conducta delictiva de los adolescentes del programa justicia juvenil restaurativa en el año 2017. Trujillo, Perú. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/12280>

- Díaz, M., & Vasquez, G. (2018). Distorsiones cognitivas y conductas agresivas en internos del centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación de menores–Chiclayo. 2017. *Tesis Presentada para obtener el Título Profesional de: Licenciado En Psicología*. Chiclayo, Perú. Obtenido de <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/113/1/TESIS%20DIAZ%20Y%20VASQUEZ.pdf>
- Dionne, J., & Zambrano A. (2008). Intervención con adolescentes infractores de la ley. *Señales.*, 53-75.
- Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil. (1990). Resolución N° 45/112 de 14 de diciembre. Directrices de Riad, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Doyle, F. L., & Bussey, K. (2017). Moral disengagement and children's propensity to tell coached lies. *Journal of Moral Education*, 47(1), 91-103. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/03057240.2017.1380611>
- Dünkel, F. (2015). Edad de imputabilidad penal y jurisdicción de los tribunales juveniles en Europa . *Revista de Estudios de la Justicia*(22), 31-49.
- Durkheim, E. (1985). *Las reglas del método sociológico* (Vol. 86). Ediciones Akal. Obtenido de https://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/45453/mod_resource/content/1/LAS_REGLAS_DEL_METODO_SOCIOLOGICO_-_EMILE_DURKHEIN_-_PDF.pdf
- Eels, T. (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2 ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Eisenberg, N. (2005). The development of empathy-related responding. . *Nebraska Symposium on Motivation*, 51, 73-118.
- El Universo. (13 de Agosto de 2019). Guía para defensa técnica de adolescentes infractores .

Diario El Universo.

- Elison, J., Garofalo, C., & Velotti, P. (2014). Shame and aggression: Theoretical considerations. *Aggress. Violent Behav.*, *19*, 447–453.
- Ellis, A. (1974). *Rational-emotive theory: Albert Ellis*.
- Ellis, A. (2006). *Razón y emoción en psicoterapia*. España: Descleé de Brouwer.
- Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *The Annals of Family Medicine*, *3*(5), 415–421.
- Eron, L. (2002). Desarrollo del comportamiento antisocial desde la perspectiva del aprendizaje. En D. Stoff, J. Breiling, & J. Maser, *Conducta antisocial: Causas, evaluación y tratamiento* (págs. 202-220). México: Oxford University Press.
- Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Galván, S., & Fontanil, Y. (2001). Tareas terapéuticas: ¿Qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema*, 566-572.
- Farrington, D. P. (1989). *Self-Reported and Official Offending from Adolescence to Adulthood*. In: Klein M.W. (eds) *Cross-National Research in Self-Reported Crime and Delinquency*. NATO ASI Series (Series D: Behavioural and Sciences), vol 50. Springer, Dordrecht. doi:10.1007/978-94-009-1001-0_18
- Fernández, A., Bayón, C., Amador, B., & Moreno, A. (2019). Narrativas, Mindfulness y diálogo colaborativo. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 103-111.
- Fernández, V., Losada, A., López, J., Márquez, M., Nogales, C., & Romero, R. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, *26*(1), 41-48. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180634124008>

- Ferrán, P., Domínguez, A., & Graff-Guerrero, A. (2018). La deseabilidad social como predictor del trastorno antisocial de la personalidad en reclusos. *Revista Mexicana de Psicología*, 2(35), 105-116. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243059346001>
- Ferrer, M., & Capdevila, M. (2016). Intervenciones Con Jóvenes Infractores En El Marco De una Medida Judicial. *Revista Infancia, Juventud y Ley*.
- Finlay-Jones, A., Rees, C., & Kane, R. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PLoS ONE*, 10(7). doi:10.1371/journal.pone.0133481
- Finney, J., Wilbourne, P., & Moos, R. (2007). *Intervención en adicciones*. Chile: Universidad UNIACC.
- Fischer, K. W., & Tangney, J. P. (1995). Self-conscious emotions and the affect revolution: Framework and overview. *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*, 3-22.
- Formiga, N. S. (2003). Fidedignidade da escala de condutas anti-sociais e delitivas ao contexto brasileiro. *Psicologia em estudo*, 8(2), 133-138.
- Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive behaviors*, 33(2), 388-394.
- Fridman, S., & Borrás, M. (2019). *Utilización de dinámicas grupales en el taller de inserción laboral*. Obtenido de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/714_insercion_laboral/material/utilizacion.pdf
- Fruzzetti, A., Shenk, C., & Hoffman, P. (2005). Family interaction and the development of

- borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*(17), 1007-1030.
- Gaeta, M., & Galvanovskis, A. (2011). Propensión a Conductas Antisociales y Delictivas en Adolescentes Mexicanos. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 47-54. Obtenido de
- Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2016). Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: prevalencia en el País Vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas. *Acción psicológica*, 13(2), 57-68. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344049074006>
- García Campayo Javier, Navarro Mayte, Modrego Marta, Morillo Héctor & Correa Marta. (2016). Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 57-77.
- García, A., & Gimeno, F. (2008). La Teoría de Orientación de Metas y la enseñanza de la Educación Física: consideraciones prácticas. *Apuntes de Psicología*, 26(1), 129-142. Obtenido de file:///C:/Users/Jahir/Downloads/256-512-1-SM.pdf
- García-Baró, M., & Villar Ezcurra, A. (2008). *Pensar la compasión*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=433228>
- García-Campayo, J., Ausiás Cebolla I, M., & Demarzo, M. (2016). *La ciencia de la compasión, Más allá del mindfulness*. Madrid, España: Alianza Ensayo.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. 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(1), 1. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2018). Difficulties in emotion regulation and psychopathic traits in violent offenders. *Journal of Criminal Justice*, 57, 116-125.

- Germer, C. K., & Siegel, R. D. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice*. New York: Guilford Press. Obtenido de <https://www.guilford.com/excerpts/germer3.pdf?t>
- Germer, C., & Simón, V. (2011). *Compasión y autocompasión. Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona.
- Gilbert P, Procter S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. Hove, Uk: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. En P. Gilbert, & B. Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (págs. 3–36). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: internal ‘social’ conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. Explorations in Evolutionary Psychotherapy. En e. P. Bailey (Ed.). Reino Unido.
- Gilbert, P. (2001a). Evolutionary approaches to psychopathology: the role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27.
- Gilbert, P. (2001b). Depression and stress: a biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms. *Stress: The International Journal of the Biology of Stress*, 4, 121-135.
- Gilbert, P. (2002). Evolution Theory and Cognitive Therapy . *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(3 supl. Special Issue), 263-294.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly*, 70(4), 1205–1230.
- Gilbert, P. (2007a). *Psychotherapy and Counseling for Depression* (3 ed.). Londres: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). An Introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric*

Treatment, 15, 199-208.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. New York: NY: Routledge/Taylor & Francis Group.

Gilbert, P. (2014). *Terapia centrada en la compasión* (2 ed.). Editorial Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433027610.pdf>

Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind : a new approach to life's challenges*. London: Constable.

Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión: características distintivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology, 28*, 108-114.

Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion*. London: Robinson. Obtenido de <https://www.amazon.com/Mindful-Compassion-Science-Understand-Emotions/dp/1626250618>

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy, 263-325*.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 353–379. doi:10.1002/cpp.507

Gilbert, P., & Tirch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In *Clinical handbook of mindfulness*. New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-0-387-09593-6_7

Gini, G., Pozzoli, T., & Bussey, K. (2015). Moral disengagement moderates the link between

- psychopathic traits and aggressive behavior among early adolescents. *Merrill-Palmer Quarterly*, 61(1), 51-67. Obtenido de <https://doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.61.1.0051>
- Gini, G., Pozzoli, T., & Hymel, S. (2014). Moral Disengagement Among Children and Youth: a Meta-analytic Review of Links to Aggressive Behavior. *Aggressive Behavior*, 40(1), 56-68. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/ab.21502>
- Giulio, D., Petruccelli, I., & Pace, U. (2018). Drug use as a risk factor of moral disengagement: A study on drug traffickers and offenders against other persons. . *Psychiatry, Psychology and Law*. Obtenido de Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13218719>.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351–374. Obtenido de <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Gómez, A. S., & Narváez, M. (2019). Mecanismos de desconexión moral y su relación con la empatía y la prosocialidad en adolescen-tes que han tenido experiencias delictivas. *Revista de Psicología*, 37(2), 603-641. Obtenido de <https://doi.org/10.18800/psico.201902.010>
- Gonzáles, A. (2018). Dificultades y retos en el trabajo psicoterapéutico con menores infractores. *Derecho y Cambio Social*, 15(54), 1-11. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6678112>
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R. .., & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 684-696. Obtenido de <https://doi.org/10.1177/1534735418772095>
- Gottfredson, H. G., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford,. CA: Stanford

University Press.

- Greenberg, L. S., Watson, J. C., & Goldman, R. (. (1998). Process-experiential therapy of depression. *Handbook of experiential psychotherapy*, 227-248.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Guemureman, S., & Bianchi, E. (2018). Riesgos no tan explícitos y peligros no tan solapados. Un análisis de los proyectos de leysobre responsabilidad penal juvenil en Argentina, 2016-2018. *Derecho y Ciencias Sociales*(20), 1-22.
- Guirao, A., & Bas, E. (2013). Intervencion jurídica y socioeducativa con lsa menores infractoras en centros de internamiento. Una revision preliminar. *Revista Plicía y Seguridad Publica*, 93-129. doi:10.5377/rpsp.v3i1.1332
- Grodin, J., Clark, J., Kolts, R., & Lovejoy, T. (2019). Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. *Journal of Contextual Behavioral Science.*, 13, 27-33. doi:10.1016/j.jcbs.2019.06.004
- Gutiérrez, C., Jaramillo, M., Sotomayor, E., Torres, A., & Villanueva, J. (2018). La salud mental en los modelos deatención de adolescentes infractores. Los casos de Colombia, Argentina, EstadosUnidos y Canadá. *Universitas Médica*, 59(4). doi:10.11144/Javeriana.umed59-4.infr
- Hanson, R., Brach, T., & Neff, K. (2016). *El crítico interno y la autoaceptación: Cómo ser compasivo contigo mismo en cualquier situación*. Barcelona: El Grano de Mostaza Ediciones.
- Harbottle, F. (2014). La edad mínima de la responsabilidad penal. Análisis de la legislación y jurisprudencia de Costa Rica a partir del corpus juris internacional de protección de los derechos humanos de la niñez. *Revista IIDH - Instituto Interamericano de Derechos*

Humanos, 87-127.

Hejdenberg, J., & Andrews, B. (2011). The relationship between shame and different types of anger: A theory-based investigation. *Personal. Individ. Differ.*, 50, 1278–1282.

Henggeler, S. W. (2012). Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 181-193. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a12>

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Heredia, C., Odar, E., & Scarlett, D. (2018). Programa Desde El Enfoque Cognitivo Conductual En La Resiliencia En Internos Drogodependientes De Un Centro De Rehabilitación. *Tesis Para Optar Título Profesional De Licenciado en Psicología*. Pimentel, Perú.

Hernández, M. J. (2018). Características personales de jóvenes con y sin antecedentes violentos. *Derecho y cambio social*.(51), 18. Obtenido de www.derechoycambiosocial.com

Hinshaw, S., & Zupan, B. (2002). Evaluación del comportamiento antisocial en niños y adolescentes. En D. Stoff, J. Breiling, & J. Maser, *Conducta antisocial: Causas, evaluación y tratamiento* (págs. 36-72). México: Oxford University Press.

Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222–227.

Hopkins, J. (2011). *Cultivating compassion from a Buddhist perspective*. Berlin: Potter TenSpeed Harmony. Obtenido de <https://www.amazon.com/Cultivating-Compassion-Perspective-Jeffrey-Hopkins/dp/0767904990>

Howell, K. H., Cater, A. K., Miller-Graff, L. E., Schwartz, L. E., & Graham-Bermann, S. A.

- (2018). The relationship between types of childhood victimization and young adult criminality. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27, 341-353.
- Huesmann, L. R., Eron, L. D., & Dubow, E. F. (2002). Childhood predictors of adult criminality: Are all risk factors reflected in childhood aggressiveness? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12(3), 185-208. doi:10.1002/cbm.496
- IBM SPSS Statistics. (20 de Enero de 2017). *IBM SPSS Statistics Version 22, Release 22.0.0*. Copyright© IBM Corporation and its licensors. Obtenido de <http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss>
- International Union of Psychological Science. (2008). Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists. Berlin.
- Ito, M., Kawakami, Y., Ichinose, Y., Fukashiro, S., & Fukunaga, T. (1998). Nonisometric behavior of fascicles during isometric contractions of a human muscle. *Journal of Applied Physiology*, 85(4), 1230-1235. doi:10.1152/jappl.1998.85.4.1230
- Izard, C. E., Ackerman, B. P., & Schultz, D. (1999). Independent emotions and consciousness: Self-consciousness and dependent emotions. *At play in the fields of consciousness: Essays in honor of Jerome L. Singer*, 83-102.
- Jauregui, J. (2016). Empirismos normativos y discrepancias teóricas respecto la capacidad penal de los menores de edad: modificatoria del Art. 20, Inc.2 del Código Penal Peruano. *Tesis para optar el título profesional de Abogado*. Pimentel, Perú.
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1113-1126. doi:10.1007/s10902-012-9373-z
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness,

- affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 38(1), 23-35.
doi:10.1007/s11031-013-9368-z
- Jinpa, T. (2010). Compassion cultivation training (CCT): Instructor's manual. Unpublished. *Stanford, CA*.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of adolescence*, 29(4), 589-611.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420-
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 144–156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727-755. doi:10.1521/jscp.2010.29.7.727
- Kerlinger, F. (1973). Foundations of behavioral research. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137, 68-96. doi:10.1037/a0021466
- Kirby, J. N., & Gilbert, P. (2017). The emergence of the compassion focused therapies. En *In P. Gilbert (Ed.), Compassion: Concepts, research and applications* (págs. 258–285). Abingdon: England: Routledge Ltd.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792.
- Koehler, J. A., Lösel, F., Akoensi, T. D., & Humphreys, D. K. (2013). A systematic review

- and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology*, 9, 19-43.
- Kokkinos, C. M., & Kipritsi, E. (2017). Bullying, moral disengagement and empathy: exploring the links among early adolescents. *Educational Psychology*, 1-18. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/01443410.2017.1363376>
- Lahey, B. B., Miller, T. L., Schwab-Stone, M., Goodman, S. H., Waldman, I. D., Canino, G., . . . Bird, H. P. (2000). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: a cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 488-503. doi:10.1037/0021-843X.109.3.488
- Lama, D. (1999). *El arte de la felicidad*. Barcelona: Grijalbo Mondadori. Obtenido de http://recursosbiblio.url.edu.gt/publicjlg/Libros_y_mas/2016/03/art-fel.pdf
- Larroya, C. P., López, J. C., Castro, J. F., & Moncayo, F. L. (2017). Análisis cualitativo de temas construidos y emergentes a partir de una experiencia piloto de psicoterapia centrada en la compasión (PCC) en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 14(1), 149-158. Obtenido de <https://doi.org/10.5209/PSIC.55818>
- Laub, J., & Sampson, R. (1991). The SutherlandGlueck debate: On the sociology of criminological knowledge. *American Journal of Sociology*, 96(6), 1402-1440. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1086/229691>
- Leahy, R. L. (2005). A social-cognitive model of validation. En P. Gilbert, *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (págs. 1995-217). Londres: Brunner-Routledge.
- Leary, M. R. (2004). Digging deeper: The fundamental nature of "self-conscious" emotions. *Psychological Inquiry*, 15(2), 129-131.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & 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, 887–904.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945. doi:10.1017/S0033291714002141
- LeBlanc. (1983). Boscoville: la rééducation évaluée. Cahiers du Québec., *Revue canadienne de psycho-éducation*, 73(1), 58-68.
- Lee, W. K., & Bang, H. J. (2010). The effects of mindfulness-based group intervention on the mental health of middle-aged Korean women in community. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, (26), 341-348. doi:10.1002/smi.1303
- Lens, W. (1998). El rol de la perspectiva de tiempo futuro en la motivación estudiantil. *Persona*, 67-94. Obtenido de file:///C:/Users/Jahir/Downloads/692-2195-1-PB.pdf
- Limaico, J., & Briceño, K. (2020). *Prevención de la reincidencia en Adolescentes infractores en el Ecuador*. Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/50971>
- Lipsey, M. W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims and Offenders*, 4, 124–147.
- Lisbona, A., Palací, F., & Gómez, A. (2008). Escala de clima para la iniciativa y para la seguridad psicológica: adaptación al castellano y su relación con el desempeño organizacional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 153-167. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v24n2/v24n2a02.pdf>
- Liu, A., Wang, W., & Wu, X. (2021). Self-compassion and posttraumatic growth mediate the relations between social support, prosocial behavior, and antisocial behavior among adolescents after the Ya'an earthquake. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1-13. doi:10.1080/20008198.2020.1864949

- Llamas, N. E., & Marinaro, J. A. (2020). Neuroscience in Youth Criminal Law: Reconsidering the Measure of Punishment in Latin America. *Front. Psychol.*, *11*, 302. doi:10.3389/fpsyg.2020.00302
- Llorens, J. (2012). La Convención sobre los Derechos del Niño: significado, alcance y nuevos retos. *Educatio Siglo XXI*, *30*(2), 47-68. Obtenido de <https://revistas.um.es/educatio/article/view/153681>
- Lo, H. H., Ng, S. M., Chan, C. L., Lam, K. F., & Lau, B. H. (2013). The Chinese medicine construct "stagnation" in mind-body connection mediates the effects of mindfulness training on depression and anxiety. *Complementary Therapies in Medicine*(21), 348-357. doi:10.1016/j.ctim.2013.05.008
- LoParo, D., Mack, S. A., Patterson, B., Negi, L. T., & Kaslow, N. J. (2018). The efficacy of cognitively-based compassion training for African American suicide attempters. *Mindfulness*, *9*(6), 1941-1954. doi:10.1007/s12671-018-0940-1
- López, C., & López, J. R. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial delictiva. *Psicopatología clínica legal y forense*, *3*(2), 5-19.
- Lucci, M. A. (2007). La propuesta de Vygotsky: la psicología socio-histórica. *Revista de currículum y formación del profesorado*, *10*(2), 2-11. Obtenido de <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/17420/rev102COL2.pdf?sequence=1&isAllo>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion & psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *32*, 545–552.
- MacKenzie, D. L., & Farrington, D. P. (2015). Preventing future offending of delinquents and offenders: What we have learned from experiments and meta-analyses? *Journal of Experimental Criminology*, *11*, 565-595.

- Malhotra, N., & Kaur, R. (2015). Rational emotive approaches among adolescents. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(4), 448.
- Marks, I. (1987). *Fears: Phobias and Rituals: Panic, Anxiety, and their disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Martínez-Catena, A., & Redondo, S. (2013). Carreras delictivas juveniles y tratamiento. *Revista de servicios sociales*(54), 171-183. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.54.12>
- Martorell, K. (2019). *Informe Trimestral de Ejecución de Presupuesto Programas de Prevención en Seguridad Ciudadana Segundo Trimestre de 2018*. Santiago: Subsecretaría de Prevención del Delito.
- Master en Mindfulness. (19 de Enero de 2016). Lugar seguro. *Audios de las prácticas de Compasión de la Universidad de Zaragoza*. España. Obtenido de <https://www.masterenmindfulness.com/audios-de-compasion/>
- Master en mindfulness. (19 de Enero de 2016). Metta. *Audios de las prácticas de Compasión de la Universidad de Zaragoza*. España. Obtenido de https://www.ivoox.com/metta-audios-mp3_rf_10127199_1.html
- Master en mindfulness. (19 de Enero de 2016). Práctica de la figura de afecto. *Audios del Máster de Mindfulness y Compasión*. España. Obtenido de https://www.ivoox.com/practica-figura-afecto-audios-mp3_rf_10127404_1.html
- Master en mindfulness. (20 de Enero de 2016). Respiración compasiva. *Audios de las prácticas de Compasión de la Universidad de Zaragoza*. España. Obtenido de https://www.ivoox.com/respiracion-compasiva-audios-mp3_rf_10135029_1.html
- Maynar, M. A., & Germer, C. K. (2016). Autocompasión en Psicoterapia y el Programa Mindful Self Compassion:¿ Hacia las Terapias de Cuarta Generación? *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 169-185. doi:10.33898/rdp.v27i103.111

- McCoy, H. V.-W. (2014). Caution or Warning? A Validaty Study of the MAYSI-2 with Juvenile Offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 32(4), 508-526.
- Melendro, M. (2014). Intervención Socieducativa en jóvenes en dificultad social: el modelo de estrategias flexibles. *Jovenes adultos*, 371-390.
- Melendro, M. (2018). Estrategias, tendencias y nuevos escenarios en educación social con infancia y juventud vulnerable. En C. Peláez Paz, & F. J. Del Pozo Serrano, *La educacion social ante la vulnerabilidad y el riesgo social en Iberoamerica: Infancia y género en los contextos educativos* (págs. 9-28). Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Melson, G., Fogel, A., & Mistry, J. (1986). The study of nurturant interactions: From the infant's perspective. In A. Fogel & G. Melson (Eds.) . En *Origins of nurturance: Developmental, biological and cultural perspectives caregiving* (págs. 66-90). NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Michalec, B., Keyes, C. L., & Nalkur, S. (2009). Flourishing. West Sus-sex: Wiley-Blackwell. En *In S. J. Lopez (Ed), The Encyclopedia of Positive Psychology* (págs. 391-394).
- Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2006). Reactive and proactive aggression: similarities and differences. *Personality and Individual Differences*, 41(8), 1469-1480. doi:10.1016/j.paid.2006.06.004
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (2011). *Programa para la gestión y aplicación de medidas socio-educativas* (Primera ed.). Cuenca, Ecuador: Monsalve Moreno.
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (2015). *Modelo de Atención Integral Socio-Psico-Pedagógico. Para ser aplicado en los Centros de Internamiento de Adolescentes Infractores*. Quito: Registro Oficial No. 308 del 24 de abril de 2015.
- Miranda, C., & Zambrano, A. (2017). Factores asociados a la interrupción y mantenimiento de

- conductas delictivas: “Un estudio con adolescentes atendidos por el Programa de Intervención Integral Especializada de la comuna de Osorno. *Revista Criminalidad*, 49-64.
- Moffitt, T. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior : A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. doi:10.1037/0033-295X.100.4.674
- Moraleda, M. (1980). *Psicología evolutiva*. Zaragoza: Lúis Vives.
- Mori, M. (2009). Responsabilidad social: Una mirada desde la psicología comunitaria. *Liberabit*, 15(2), 163-170.
- Moro, T. (1518). *Utopía*. Barcelona: Edicomunicación.
- Morrison, A., & Stolorow, R. D. (1997). Shame, narcissism, and intersubjectivity. En In M. R. Lansky & A. P. Morrison (Eds.), *The widening scope of shame* (págs. 63-87). Hillsdale NJ: Analytic Press.
- Murga, M. (2019). Funcionalidad familiar e infracción de la ley penal en los adolescentes beneficiarios de Línea de Acción Justicia Juvenil Restaurativa. Trujillo, Perú. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/13332>
- Murphy, C., Stosny, S., & Morrel, T. M. (2005). Change in self-esteem and physical aggression during treatment for partner violent men. *Journal of Family Violence*, 20, 201–210. doi:doi:10.1007/s10896-005-5983-0
- Neff, K. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2, 223-250. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. (2012). The science of self-compassion. *Compassion and wisdom in psychotherapy*, 79-92.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2, 85-102. doi:10.1080/15298860390129863

- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself". *Self and identity*, 2, 85-102. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1080/>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. doi:10.1002/jclp.21923
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08
- Neff, K., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225–240. doi:10.1080/15298860902979307
- Negi, L. (2009). Cognitively-Based Compassion Training: A Manual, Unpublished manuscript. *Emory University, Atlanta, Georgia*.
- Neubauer, P. (1979). The role of insight in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 29-4.
- Nohl, H. (1968). *Teoría de la Educación*. Buenos Aires: Editorial Losada. doi:10.14201
- Oliva Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M. A., Ríos Bermúdez, M., Parra Jiménez, A., Hernando Gómez, Á., & Reina Flores, M. (2011). Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: un estudio en centros docentes andaluces Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. *Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: un estudio en centros docentes andaluces*.

- Orejarena, H. (2015). Intervención psicológica con enfoque cognitivo-conductual a jóvenes infractores de ley. (*Trabajo de Grado para optar por el título de Psicólogo*). Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, Bucaramanga.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS.
- Ortega, E., García, J., & Frías, M. (2014). Meta-análisis de la reincidencia criminal en menores: estudio de la investigación española. *Revista mexicana de psicología*, 31(2), 111-123. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243033031004>
- Ortega, E., García, J., Gil, M., & Zaldívar, F. (2016). Identifying Risk and protective factors in recidivist juvenile offenders: a decision tree approach. *Plos one*, 11(9), 1-16.
- Ozawa-de Silva, B., & Dodson-Lavelle, B. (2011). An education of heart and mind: Practical and theoretical issues in teaching cognitive-based compassion training to children. *Practical Matters*, 4(4), 1-28. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/267206561_An_Education_of_Heart_and_Mind_Practical_and_Theoretical_Issues_in_Teaching_Cognitive-Based_Compassion_Training_to_Children
- Padilla, C., & Paes, B. (2016). Experiencia de intervención desde el modelo psicoeducativo con adolescentes que presentan consumo problemático de drogas en la Región de La Araucanía. *Enfoque e Intervención Psicoeducativa*, 1-10.
- Pairazamán, L. (2018). Tesis para obtener el título profesional de derecho. *Eficacia de los programas de rehabilitación y su relación con la reincidencia y habitualidad en el hurto y robo agravado cometidos por el adolescente infractor*. Lima, Perú: Universidad César Vallejo.
- Pantoja, R. (2015). Multisystemic therapy in Chile: A public sector innovation case study. *Psychosocial Intervention*, 97-103. doi:10.1016/j.psi.2015.07.002

- Pastorelli, R., & Gargurevich, R. (2018). Propiedades psicométricas de la escala de autocompasión en estudiantes de medicina de Lima. *Revista Interamericana de Psicología*, 52(2). Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/330193124_Propiedades_psicometricas_de_la_escalade_autocompasion_en_estudiantes_de_medicina_de_lima
- Piña, M. (2018). LA EXPRESIÓN CREATIVA CON MENORES INFRACTORES: Una experiencia de éxito en la justicia Italiana. *Derecho y Cambio Social*. Obtenido de https://www.derechoycambiosocial.com/revista051/LA_EXPRESION_CREATIVA_CON_MENORES.pdf
- Poder Legislativo. (2014). *Código Niña, Niño y Adolescente*. La Paz.
- Pommier, E. A., & Neff, K. D. (2010). Compassion Scale (CS). *APA PsycTests*. Obtenido de <https://doi.org/10.1037/t10177-000>
- Pons, G. (2014). Cultivating healthy minds and open hearts: a mixed-method controlled study on the psychological and relational effects of compassion cultivation training in Chile. *Unpublished PhD Dissertation*.
- Porges, S. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage: A polyvagal theory. *Psychophysiology*, 32, 301-318. doi:10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x
- Porges, S. (2003). "The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behaviour". *Physiology & Behaviour*(74), 116-143.
- Porges, S. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threat and safety. Zero to three. *Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 24(5), 19-24. Obtenido de <https://eric.ed.gov/?id=EJ938225>
- Porges, S. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143. doi:10.1016/j.biopsycho.2006.06.009

- Quiñonez, M. L. (2008). Trastorno Antisocial de la personalidad. Psicopatía. *Cuadernos de Criminología*, 1, 13-18. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2768514>
- Raine, A., Dodge, K. A., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., . . . Liu, J. (2006). The reactive–proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159–171. doi:10.1002/ab.20115
- Rainforth, M. V., Alexander, C. N., & Cavanaugh, K. L. (2003). Effects of the transcendental meditation program on recidivism among former inmates of Folsom Prison: Survival analysis of 15-year follow-up data. *Journal of Offender Rehabilitation*, 36, 181–203. doi:10.1300/J076v36n01_09
- Ramírez, B., & Pérez, M. (2017). Alcances y Límites del Sistema de Reinserción Social en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*.
- Ramírez, J. (2007). Durkheim y las representaciones colectivas. En *Representaciones sociales. Teoría e investigación* (págs. 17-157). Guadalajara: Editorial cucsh-udg.
- Ramírez, J. M., & Andreu, J. M. (2006). Aggression and some related psychological constructs (anger, hostility and impulsivity) Some comments from a research project. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(3), 276-291. doi:10.1016/j.neubiorev.2005.04.015
- Ramirez, L. (1977). La técnica del control del pensamiento en terapia comportamental. *Revista Latinoamericana de psicología*, 221.
- Raskauskas, J. L., Gregory, J., Harvey, S. T., Rifshana, F., & Evans, I. M. (2010). Bullying among primary school children in New Zealand: Relationships with prosocial behaviour and classroom climate. *Educational Research*, 52, 1-13. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/00131881003588097>

- Raskin, H., Bates, M., & Buyske, S. (2001). Adolescence-limited versus persistent delinquency: Extending Moffitt's hypothesis into adulthood. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 600-609. doi:10.1037/0021-843X.110.4.600
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. (23.^a). Obtenido de <http://www.rae.es/rae.html>
- Reddy, S. D., Negi, L. T., Dodson-Lavelle, B., Ozawa-de Silva, B., Pace, T. W., Cole, S. P., & ... Craighead, L. W. (2013). Cognitive-based compassion training: A promising prevention strategy for at-risk adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 22*(2), 219-230. doi:10.1007/s10826-012-9571-7
- Redelmeier, D. A., Molin, J. P., & Tibshirani, R. J. (1995). A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *The Lancet, 345*(8958), 1131-1134.
- Redondo, S. (2008a). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Piramide.
- Redondo, S., & Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo, 28*(3), 147-156.
- Redondo, S., Martínez, A., & Pueyo, A. (2011). *Factores de éxito asociados a los programas de intervención con menores*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Obtenido de https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3687
- Redondo, S., Martínez, A., & Pueyo, A. (2012). Intervenciones con delincuentes juveniles en el marco de la justicia: investigación y aplicaciones. *eduPsykhé, 11*(2), 143-169.
- Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad. (1990). Resolución N° 45/113 de 14 de diciembre. Adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el Congreso sobre prevención del delito y tratamiento del

delincuente.

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores, Reglas de Beijing. (1985). Resolución 40/33, Asamblea General de las Naciones Unidas, 29 de noviembre de 1985.

Requena, D. P., & Sánchez, D. R. (2016). Trabajo de fin de grado. *Menores infractores y medidas de reinserción*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.

Rey, C. (2014). Menores infractores en centro de reforma: intervención y tratamiento psicológico. *Derecho y Cambio social*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4750958>

Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., & Salekin, R. T. (2015). The evolutionary roots of psychopathy. *Aggression and Violent Behavior, 21*, 85-96.

Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., Castilho, P., & Gilbert, P. (2019). The efficacy of a compassion-focused therapy-based intervention in reducing psychopathic traits and disruptive behavior: a clinical case study with a juvenile detainee. *Clinical Case Studies, 18*(5), 323-343. doi:10.1177/1534650119849491

Rincón, J. (2016). Hermann Nohl: Educación y Pedagogía. *Bordón. Revista de pedagogía*, 68(3), 107-130. doi:10.13042/Bordon.2016.68306

Rodríguez, S., Muñoz, M. C., & García, M. D. (2018). Movilizar el Cambio en Menores con Medidas Judiciales: de la atribucion al Vínculo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 8-14. doi:10.1016/j.apj.2017.01.002

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103. doi:10.1037/h0045357

Romano, D. B., & Mouján, J. F. (2015). Menores en Conflicto con la Ley. EL Rol del Psicólogo en el trabajo con Adolescentes Infractores a la Ley Penal. *PSOCIAL, Revista de Investigación en Psicología Social*, 18-30. Obtenido de

<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/1454>

- Rosenbaum, M. (1980). A Schedule for Assessing Self-Control Behaviours: Preliminary Findings. *Behavior Therapy*, 109-121.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Sáenz, I., Gimeno, M., Gutiérrez, P., & Garay, I. D. (2012). Prevention of aggressiveness and violence in the sport in school age: a review study. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 57-72. doi: 10.4321/S1578-84232012000200007
- Salvador, E. (2019). Responsabilidad Penal De Los menores Con Problemas De conducta. *Trabajo de final de Máster*. España.
- Sánchez Ancha, Y., González Mesa, F. J., Molina Mérida, O., & Guil García, M. (2011). Guía para la elaboración de protocolos. *Biblioteca Lascasas*, 7(1). Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
- Sánchez, J. C. (2018). *Reforma al art. 176 del COIP extendiendo medidas socioeducativas a los centros de internamiento a los adolescentes infractores*. Babahoyo. Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/8466/1/PIUBAB027-2018.pdf>
- Santos, A., Crespo, I., Pérez-Aranda, A., Beltrán-Ruiz, M., Puebla-Guedea, M., & García-Campayo, J. (2022). "Attachment-Based Compassion Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Fibromyalgia". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8152. doi:10.3390/ijerph19138152
- Santos, M. C. (2002). *Tesis para optar el grado académico de Magister. La vergüenza de los pandilleros: masculinidad, emociones y conflictos en esquineros del Cercado de Lima*. Lima, Perú.
- Satir, V. (1975). *Autoestima*. Editorial Neo-Person.
- Scarlet, J., Altmeyer, N., Knier, S., & Harpin, R. E. (2017). The effects of Compassion

- Cultivation Training (CCT) on health-care workers. *Clinical Psychologist*(21), 116–124. doi:10.1111 /cp.12130
- Schanche, E., Stiles, T., Mccullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48, 293–303.
- Schleyer, M. (2018). *Institucionalidad De La Infancia En Chile*. Valparaíso: Libertad y Desarrollo.
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Erlbaum.
- Seisdedos, N. (1995). *Cuestionario A-D (conductas antisociales-delictivas)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Serrano, G. P. (2017). *Pedagogía social-Educación social: Construcción científica e intervención práctica* (4, íntegra ed., Vol. Volumen 95 de Educación Hoy estudios). madrid: Narcea Ediciones. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=12837>
- Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores – SNAI y Fundación Terre des Hommes Lausanne. (2020). *Modelo de atención integral restaurativo*. Quito, Ecuador: Quinta Dimensión Cía. Ltda.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164–176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training.

Training and Education in Professional Psychology, 1, 105–115. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105

Shlim, D. R., & Rinpoche, C. N. (2006). *Medicine and Compassion: A Tibetan Lama's Guidance for Caregivers*. Simon and Schuster.

Shonin, E., Van Gordon, W., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2017). Can compassion help cure health-related disorders? *British Journal of General Practice*, 67(657), 177-178. doi:10.3399/bjgp17X69032

Shonin, E., vanGordon, W., Compare, A., Zangeneh, M., & Griffiths, M. (2015). Buddhist-derived loving-kindness and compassion meditation for the treatment of psychopathology: A systematic review. *Mindfulness*, 6(5), 1161-1180. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-014-0368-1>

Simón, V. (2015). *La compasión: el corazón del mindfulness*. Madrid: Sello.

SNAI. (15 de Agosto de 2022). Obtenido de Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores: <https://www.atencionintegral.gob.ec/estadisticas/>

Stosny, S. (1995). *Treating attachment abuse: A compassion approach*. New York: NY: Springer.

Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27. doi:10.1016/j.cpr.2016.05.004

Stuewig, J., Tangney, J. P., Heigel, C., Harty, L., & McCloskey, L. A. (2010). Shaming, Blaming, and Maiming: Functional links among the moral emotions, externalization of blame, and aggression. *Journal of Research in Personality*, 44(1), 91-102.

Taberero, C., & Hernández, B. (2006). Environmental motivation: self regulation and environmental behaviour. *Bulletin of People-Environment Studies*(28), 3-6.

- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Tello, A., & Coutiño, A. (2019). Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana. *Psicología y Salud*, 29(1), 25-32.
- Tolan, P. H., & Deborah, G.-S. (1997). Tratamiento de la delincuencia juvenil: entre el castigo y la terapia. En D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser, *CONDUCTA ANTISOCIAL Causas, evaluación y tratamiento* (G. Pelcastre Ortega, & J. L. Núñez Herrejón, Trads., Vol. 1, pág. 303). Mexico: Oxford University Press.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2007). *Modelos y teoría en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Torregrosa, M. S., Inglés, C. J., García-Fernández, J. M., Gázquez, J. J., Díaz-Herrero, A., & Bermejo, R. M. (2012). Conducta agresiva entre iguales y rendimiento académico en una muestra de adolescentes españoles. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(2), 263-280.
- Treviño, J. R., & Rodríguez, J. C. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 610-635. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122n.pdf>
- Tribunal Supremo de Elecciones. (2003). *Código De La Niñez y Adolescencia*. San José.
- Turner, M., & Davis, H. S. (2019). Exploring the effects of rational emotive behavior therapy on the irrational beliefs and self-determined motivation of triathletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 31(3), 253-272. doi:10.1080/10413200.2018.1446472
- Uceda, F., & Domínguez, F. (2017). Vinculación entre la vulnerabilidad y la exclusión social las trayectorias delictivas. Un estudio de asociación. *Psychosocial Intervention*, 29-37. doi:10.1016/j.psi.2016.07.003
- UNICEF. (2017). *Situación educativa de las y los adolescentes privados de libertad por causas penales en América Latina y el Caribe*. Panamá: Universidad Diego Portales.

- United Nations. (2017). *The Sustainable Development Goals Report 2017*. Sales No. E.17.I.7., Nueva York. Obtenido de <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/thesustainabledevelopmentgoalsreport2017.pdf>
- United Nations. (2019). *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*. Switzerland: United Nations: Geneva.
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Van Dam, N., Sheppard, S., Forsyth, J., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130.
- Vega, B., Fernández, A., Bayón, C., Palao, Á., & Muñoz, A. (2019). Narrativas, Mindfulness y diálogo colaborativo. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 103-111.
- Vega, H. (Junio de 2015). Aspectos dogmáticos y político criminales de la estructura general del delito en el sistema penal colombiano. *Justicia*, 42-72.
- Vega, J., Chale, G., Euan, A., & Cauich, C. (2018). Ocho Factores De La Conducta Criminal Aplicabilidad En Jóvenes Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 11(1), 65-76. Obtenido de <http://orcid.org/0000-0001-9190-3720>
- Velasco, M., Álvarez, S., Carrera, G., & Vásquez, A. (2014). *La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos*. Quito, Ecuador: MIES, CNII, Plan Internacional, ODNA, UNICEF. Obtenido de <http://uni.cf/2nMgoaA>
- Vilariño, M., Amado, B. G., & Alvez, C. (2013). Menores infractores: un estudio de campo de los factores de riesgo. *Anuario de Psicología jurídica*, 39-45. doi:10.5093/aj2013a7
- Vitaro, F., Gendreau, P., Tremblay, R., & Oligny, P. (1998). Reactive and proactive aggression

- differentially predict later conduct problems. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(3), 377-385. Obtenido de https://gripinfo.ca/grip/public/www/doc/articles/Vitaro_1998_id_308.pdf
- Watson, J., & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: Integrating Theory, Evidence and Advanced Caring-Healing Therapeutics for Transforming Professional Practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 360-365. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12709110>
- Webb, J. B., & Forman, M. J. (2013). Evaluating the indirect effect of self-compassion on binge eating severity through cognitive–affective self-regulatory pathways. *Eating Behaviors*, 14, 224–228. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.12.005
- Wikström, P.-O. H., & Treiber, K. (2007). The role of self-control in crime causation: beyond Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *European Journal of Criminology*, 4, 237-264.
- Wikström, P.-O. H., & Treiber, K. (2009). Violence as situational action. *Journal of Conflict and Violence International*, 3, 41-62.
- Woolfolk, A. (2010). *Psicología Educativa* (11 ed.). México, D.F., México: Pearson.
- Yauri, A., & Yauri, Y. (2018). Representaciones Sociales Sobre Delincuencia Juvenil En Educadores Sociales Del Centro Juvenil Alfonso Ugarte. *Tesis presentada Para optar el Título Profesional de Psicóloga*. Arequipa, Perú.
- Yong, E. (2017). El Sicariato y Los Menores De Edad. *Tesis para obtener el grado académico de: Magíster en Derecho Penal*. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Zahra, N., & Mojtabaie, M. (2016). Effectiveness of Self-Compassion Focused Therapy on reducing of function of self-harm behaviors in Juvenile offenders of Tehran Juvenile Correction and Rehabilitation Center. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 3(3), 30-38. doi:10.22037/ijabs.v3i3.17380

Zambrano, L. (Agosto de 2018). *Estrategias de intervención Psicológica dirigida a niños y niñas de 6 a 11 años con problemas de conducta*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/35560>

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, 340–364. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1111/aphw.12051>

Anexos

Anexo 1

Cuestionario para evaluar el Protocolo de intervención.

Adaptado de Carrasco, García, & Zaldívar, (2018).

Nombres ...
Profesión o cargo académico: ...
Años de experiencia en el cargo...
Años de experiencia como docente: ...
Número de Centros en los que ha desarrollado su labor: ...
Cualquier otro comentario que desee añadir:...

Considero que el presente protocolo:

- | | |
|--|-----------|
| 1. Me ha servido para mejorar mis conocimientos sobre como intervenir con adolescentes que hay en mi centro. | 0 1 2 3 4 |
| 2. Me ha servido para tener un punto de vista diferente respecto a los problemas de conducta antisocial y delictiva. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Me ha aportado conocimientos sobre cómo prevenir problemas de conducta | 0 1 2 3 4 |
| 4. Me ha aportado conocimientos sobre cómo manejar comportamientos inadecuados en los adolescentes. | 0 1 2 3 4 |
| 5. No me ha aportado nada nuevo. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Muestra un material acertado para el tratamiento de los trastornos de conducta desde el entorno institucional. | 0 1 2 3 4 |

Respecto a las pautas y técnicas que se describen:

- | | |
|--|-----------|
| 7. Son muy fáciles de llevar a la práctica. | 0 1 2 3 4 |
| 8. Deberían ser puestas en práctica exclusivamente por personal formado para ello (psicólogos/as, orientadores/as, consultores/as, etc.) | 0 1 2 3 4 |
| 9. Se da adecuada importancia a los aspectos socioemocionales. | 0 1 2 3 4 |
| 10. Se da adecuada importancia a los aspectos conductuales. | 0 1 2 3 4 |
| 11. Considero que el trabajo con la familia debería incluirse. | 0 1 2 3 4 |
| 12. Considero que es posible hacer equipos de trabajo en los centros | 0 1 2 3 4 |
| 13. Si se aplican desde los primeros cursos podrían servir para prevenir problemas de la adolescencia y la edad adulta. | 0 1 2 3 4 |
| 14. Tratar los trastornos o problemas de conducta desde el centro podría lograr una mejoría en el comportamiento del adolescente. | 0 1 2 3 4 |
| Comenta brevemente que temas, partes o conceptos son adecuados (y por qué). | |
| | |
| Comenta brevemente que temas, partes o conceptos NO son adecuados (y por qué). | |
| | |

Equivalencias:

- 0 = Totalmente en desacuerdo
- 1 = En desacuerdo
- 3 = De acuerdo
- 4 = completamente de acuerdo

Anexo 2

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN

Para aplicarse en Centros de internamiento de Adolescentes Infractores

Introducción

El protocolo que se expone a continuación recoge diversos enfoques teóricos formulados en diversos enfoques. Así, en parte está basado en el entrenamiento en compasión de base cognitiva (Negi, 2009), que sostiene que todos compartimos aspiraciones comunes en cuanto a buscar la felicidad y que todos intervienen directa o indirectamente para lograrla; en el entrenamiento en el cultivo de la compasión (Jinpa, 2010) y en *Mindfulness* y compasión (Neff & Germer, 2013). No obstante, el protocolo como tal ha sido adaptado, fundamental y sustancialmente de los planteamientos de Gilbert (2015), especialmente en cuanto al apartado de la formulación de hipótesis, teniendo como elemento principal la organización de los tres sistemas de regulación emocional. Además, ha sido complementado con el Terapia de compasión basada en los estilos de apego (García Campayo et al., 2016), dirigido a adaptar un esquema teórico reflejando la realidad de un entorno no anglosajón y priorizando la influencia del modelo de apego de los individuos. De forma secundaria o marginal también se ha tratado de integrar el Modelo de Atención Integral Socio-Psico-Pedagógico (Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, 2015), como herramienta técnica y metodológica para propender el cambio y transformación de los adolescentes infractores; y finalmente, también el Programa central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores (Graña & Rodríguez, 2010) que prioriza una intervención individualizada y que también ha servido de modelo en cuanto a la estructura de este protocolo.

A tenor de los elementos señalados, se plantea el protocolo de Aplicación de la Terapia Centrada en la Compasión en Adolescentes Infractores, para posibilitar su aplicación piloto y comprobar su eficacia en este ámbito.

2. Objetivos.

2.1. Objetivo General

Regular el estado emocional de los adolescentes a través del equilibrio de los tres sistemas básicos con una especial atención al desarrollo de estrategias de amenazas y seguridad.

2.2. Objetivos Específicos.

- Estimular el desarrollo de sentimientos de tranquilidad, salud mental, paz y calma a través del sistema de confortamiento y satisfacción.

- Aminorar determinadas dimensiones y conductas objeto de este estudio tales como agresividad, conducta delictiva y depresión.

- Incrementar determinados procesos psicológicos como compasión, autocompasión, autocontrol, empatía, y motivación.

2.3. Temporalización

El Programa de intervención estará dividido en tres fases (Balarezo, 1986). Una primera fase de conocimiento y vinculación emocional entre el adolescente-psicoterapeuta (cuatro semanas), una segunda fase de intervención psicoterapéutica (seis semanas) y una tercera fase para la prevención y generabilidad de los cambios (dos semanas). Estableciéndose un tiempo total de 3 meses para el programa de intervención.

Las sesiones individuales tienen una duración de hasta 60 minutos, con una periodicidad semanal. Las intervenciones grupales, en la culminación de cada fase del programa (conocimiento y vinculación emocional, intervención propiamente dicha y prevención y generabilidad de cambios), tienen una duración de hasta 90 minutos por sesión.

3. Características del Profesional que aplica la Terapia Centrada en la compasión.

Los programas psicoterapéuticos promueven cambios sustanciales en la estructura personal y el desempeño de las personas que reciben la atención, sin embargo, uno de los aspectos cruciales para el éxito de su aplicación se encuentra en directa y franca relación con las características personales del profesional (Graña & Rodríguez, 2010) que aplica la técnica. Los terapeutas se convierten en modelos que orientan a las personas a superar sus miedos, bloqueos

y resistencias (Gilbert, 2019). Consecuentemente sus características psicológicas, culturales, académicas y evolutivas influyen en el desempeño; la aplicación del presente protocolo está dirigida exclusivamente para profesionales de la psicología y que cumplan determinadas características.

A esta razón, proponemos considerar algunos aspectos dentro de la aplicación del Protocolo.

a) Desarrollar en el adolescente un deseo ferviente de cambio. Lo que implica dinamizar los fenómenos de la voluntad, y empoderar como propios los objetivos del programa.

b) Ser comprensivo y paciente durante la intervención. Lo que implica, un acompañamiento sostenido y sobre todo no crítico de los conflictos que pudieran ir apareciendo durante la terapia.

c) Se sugiere el estilo socrático para ayudar a generar el cambio mediante la utilización de estrategias de información, escucha activa y planteamiento adecuado de preguntas relevantes que le ayuden a pensar en los objetivos que se estén analizando en cada momento. Esto implica, conceder y facilitar al AI el ejercicio de sus propios derechos.

d) La preparación al cambio del adolescente infractor es el resultado de la interacción interpersonal entre éste, el grupo y el propio terapeuta. Lo que implica que debemos siempre considerar holísticamente todos los fenómenos afectivos y cognoscitivos que pudieran aparecer.

e) Finalmente se debe respetar la individualidad de cada adolescente, atendiendo sobre todo sus propios procesos y tiempos. Lo que implica que cada menor o grupo terapéutico tiene su propio ritmo en la aplicación del programa y, en ningún caso, se debe forzar el progreso de una sesión a la siguiente si el menor o el propio grupo muestran señales de resistencia.

4. Instrucciones para la aplicación del Protocolo.

Parece existir una opinión generalizada sobre la importancia de considerar el contexto en donde se encuentran privados de la libertad los adolescentes infractores de cara a diseñar la

intervención. Eso implica tomar en cuenta su infraestructura, normas, dinámica institucional y particularmente el tiempo de Medida Socioeducativa determinada en cada caso, lo cual, se encuentra vinculado con los materiales a emplearse, el grado de motivación o actitud del adolescente frente a la terapia, los horarios a ejecutarse y la planificación y/o reprogramación de la planificación frente a eventualidades propias de los procesos judiciales p. ej., traslado por orden judicial.

Como todo proceso, el protocolo puesto a consideración debe ser aplicado en forma secuencial y completa, es decir, se deben desarrollar las 12 sesiones individuales y las 3 sesiones de carácter grupal. Sin embargo, tampoco se debe considerar el protocolo de forma rígida y éste puede flexibilizarse en función de los casos, las características propias y ritmos de cada joven, siempre evocando los principios éticos (International Union of Psychological Science, 2008) que regulan la actividad profesional de los Psicólogos. Ello incluye también situaciones de orden personal de los adolescentes como por ej., patologías médicas, problemas emocionales y/o crisis por pérdida de familiares, entre otras.

A continuación, en la Tabla 34, se visualiza la estructura global del programa, en la Tabla 35 se enumeran y especifican las sesiones y finalmente en la Tabla 36 los objetivos generales de cada fase.

Tabla 20*Estructura global del proceso de intervención*

Fase	Formulaciones	Sesiones	Técnicas	Resultados esperados
1) Fase de conocimiento y vinculación emocional. (4 semanas)	Descubrir al ser humano.	2	Entrevista. Compromiso Psicoterapéutico.	Establecimiento de la relación terapéutica adolescente- psicoterapeuta.
	Reconocimiento de la propia afectividad.	2 1 sesión grupal	Entrevista.	Catarsis Emocional
2) Fase de intervención propiamente dicha. (6 semanas)	Estrategias de amenaza y seguridad.	2	Proporcionar información. Método Socrático. Atención concentrada. Lugar seguro.	Reenfoque de la visión personal y creación del “Lugar seguro”.
	Equilibrio de los sistemas de regulación del afecto.	2	Proporcionar información. Método Socrático	Comprensión del funcionamiento de los sistemas de regulación emocional.
	La mente compasiva.	2 1 sesión grupal	Control del pensamiento, experimentos de conducta, desarrollo del yo compasivo, imaginación y escritura de cartas.	Desarrollo de la mente compasiva
3) Fase de prevención y generabilidad de cambios. (2 semanas)	Prevención de recaídas y generabilidad de cambios.	2 1 sesión grupal	Proyección de trabajos pos terapia, practica vital y preparación para el final.	Generabilidad y mantenimiento de la mente compasiva

Nota. Adaptado de Terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2015).

Tabla 21*Sesiones del proceso de intervención*

Fase	Formulaciones	Sesiones
1) Fase de conocimiento y vinculación emocional. (4 semanas)	Descubrir al ser humano. Reconocimiento de la propia afectividad.	1) Presentación y comprensión de los problemas actuales. 2) Establecimiento de relación Psicoterapéutica. 3) Narrativa de la historia vital. 4) Obtención del Insight 5) Trabajo de Grupo: Reafirmación de los contenidos desarrollados en forma individual, en esta fase.
2) Fase de intervención propiamente dicha. (6 semanas)	Estrategias de amenaza y seguridad. Equilibrio de los sistemas de regulación del afecto. La mente compasiva.	6) Estructuración del Modelo de los 4 ámbitos. 7) Estrategias internas y externas de seguridad 8) Explicación del Modelo de la mente evolucionada. 9) Regulación de afectos. 10) Se desagrega las tareas terapéuticas: control del pensamiento y generación de alternativas. 11) Explorar bloqueos y dificultades. 12) Trabajo de Grupo: Reafirmación de los contenidos desarrollados en forma individual, en esta fase.
3) Fase de prevención y generabilidad de cambios. (2 semanas)	Prevención de recaídas y generabilidad cambios.	13) Analizar el progreso en las tareas, ajustar intervenciones terapéuticas. 14) Preparación para el final 15) Trabajo de Grupo: Reafirmación de los contenidos desarrollados en forma individual

Nota. Adaptado de Terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2015).

Tabla 22*Objetivos generales de cada fase del Protocolo de Intervención*

Fase	Formulaciones	Objetivos Generales
1) Fase de conocimiento y vinculación emocional	Descubrir al ser humano.	Descubrir los eventos que influyen en la conducta actual Comprometer un trabajo consensuado y planificado durante todo el proceso de intervención.
	Reconocimiento de la propia afectividad.	Identificar por parte del adolescente, a través del desarrollo de su biografía, sus emociones (positivas y negativas) y la incidencia en su personalidad.
2) Fase de intervención propiamente dicha	Estrategias de amenaza y seguridad.	Aprender el modelo de funcionamiento de los 4 ámbitos: entorno, amenazas, miedos, preocupaciones y necesidades no satisfechas. Desarrollar estrategias de seguridad internas y externas y su entrenamiento.
	Equilibrio de los sistemas de regulación del afecto.	Conocer el Modelo de la mente evolucionada, para entender comportamientos personales y asumirlos con responsabilidad. Aprender el funcionamiento del cerebro como mecanismo inhibitor del desarrollo de ansiedad
	La mente compasiva.	Desarrollar la compasión y autocompasión como estilos de vida en la relación consigo mismo y con los demás.
3) Fase: prevención y generabilidad de cambios.	Prevención de recaídas y generabilidad de cambios.	Evaluar factores de prevención y reincidencia en las conductas inadecuadas, considerando elementos correctivos.

Nota. Adaptado de Terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2015).

Fase I: Conocimiento y vinculación emocional. (4 semanas)

Introducción a la Fase.

El proceso se inicia con la presentación de los intervinientes en el proceso, procurando la creación de un ambiente armonioso, amable y una sensación de comodidad. Las sesiones son dirigidas y controladas sobre el tema a analizar, tratando de que el posible desinterés y resistencias de los AI, que muchas veces centran sus expectativas y atención sólo en la obtención de su libertad, pueda también redirigirse al tema que se trata. Posteriormente, se trabaja la aceptación de su condición de privado de libertad, readecua sus sistemas de regulación de afectos a este nuevo entorno, que empieza por la incorporación de nuevas reglas para la convivencia y el uso de recursos, una nueva modalidad de competencia, gratificaciones con sus pares y con imagen de autoridad sostenida en el personal del CAI. En esta fase se cumplimenta la ficha psicológica, se suscriben los compromisos fundamentales para el establecimiento de la relación terapéutica y se promueve la expresión de vivencias ligadas a su experiencia vital.

Entre estos dinamismos e interrelaciones se posiciona una nueva perspectiva conceptual y vivencial de sus comportamientos, cuyo primer reto es reinterpretarlos; aquí el rol y la imagen del psicólogo juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento. Con estos factores como agentes coadyuvantes del proceso se proporciona información acerca de la CFT. El cierre grupal de esta fase consiste en un reforzamiento de la información brindada individualmente y una retroalimentación de las sesiones desarrolladas.

Planteamiento y justificación.

Se trata del contacto inicial entre el terapeuta y el adolescente, conjugando aquí todos los fenómenos derivados de la relación terapéutica, como son aceptación, comprensión y respeto mutuo, en el marco de una relación horizontal y simétrica (Desatnik, 2013). Se inicia, con la presentación y la indagación previa, siguiendo el modelo de la ficha Psicológica (Ministerio de

Justicia Derechos Humanos y Cultos, 2015), luego, la búsqueda de la comprensión de los problemas actuales a través de sus factores etiológicos o de su propia historia vital, describiendo de manera sucinta y didáctica el Programa. Finalmente se invita a firmar el Acta de compromiso (Del Giorgio Solfa et al., 2009) de participación en la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) como signo objetivo de que se trata de un acto libre y voluntario.

Si bien existen diferentes enfoques terapéuticos, todas las escuelas de psicoterapia concuerdan que el mejor escenario para el desarrollo de la terapia consiste en una relación respetuosa, comprensiva (Gilbert, 2007a) y con vinculación emocional (García-Campayo et al., 2016).

Formulaciones.

Descubrir al ser humano.

Reconocimiento de la propia afectividad.

Objetivos Generales.

Descubrir los eventos que influyen en la conducta actual.

Comprometer un trabajo consensuado y planificado durante todo el proceso de intervención.

Sesión 1: Presentación y comprensión de los problemas actuales.

1.1. Objetivos Específicos.

1. Evaluar la sintomatología actual que presenta el adolescente.
2. Relacionar la sintomatología actual con eventos ocurridos en el pasado.

1.2. Procedimientos y Contenidos.

La presentación Psicólogo-adolescente se debe desarrollar en un ambiente de tranquilidad, dinamismo y flexibilidad, evidentemente no formal y posibilitando sobre manera una relación de confianza que posibilite información veraz, entendiendo la razón y motivo de la intervención. Metodológicamente se utilizará el diseño de la Ficha Psicológica, que consta de datos de identificación del adolescente, situación presente, anamnesis personal, historia

ocupacional, anamnesis familiar, antecedentes familiares, historia de salud, examen de funciones psíquicas, información más significativa obtenida de las pruebas psicológicas utilizadas y finalmente la impresión diagnóstica.

1.3. Actividades.

1. Saludo y presentación de interlocutores.
2. Entrevista personal.
3. Evaluación y retroalimentación de características psicológicas exploradas.

1.4. Material.

Pizarra blanca y rotuladores (Se utilizarán en todas las sesiones).

Hoja 1.1.1. Ficha Psicológica (Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, 2015).

1.5. Desarrollo de la sesión.

Actividad 1: Saludo y presentación.

Se debe iniciar con el acercamiento interpersonal por medio del ritual del saludo. Lo cual debe ocasionar un inicial desbloqueo, favoreciendo la comunicación verbal y no verbal. A continuación, el terapeuta se debe presentar, de manera sencilla sin mayores formalismos y creará el ambiente adecuado pidiendo también a su interlocutor presentarse. En este ambiente, armonioso y distensionado se facilitaría el trabajo psicoterapéutico y la expresión de sentimientos y emociones.

Actividad 2: Entrevista personal.

Utilizando la ficha psicológica y con la pericia sobre el manejo de la entrevista, se procederá a la recolección de información personal de conformidad con los aspectos enumerados en la ficha. Un elemento a tener en cuenta es la motivación que presenta el adolescente en el contexto judicial que se encuentra inmerso. Seguramente, sus componentes volitivos se encuentran ligados a la vinculación de aspectos legales que deben culminar en la obtención de su libertad. Por ello, se proporcionará información sobre los objetivos del Programa y se deberá dejar

claramente establecido que se trata de una intervención focalizada en el desarrollo personal,

Hoja 1.1.1. Ficha Psicológica.

1. DATOS PERSONALES

- Nombre y apellidos:
- Edad:
- Fecha de nacimiento:
- Nacionalidad:
- Nivel de estudios:
- Profesión:

2. SITUACIÓN PRESENTE DEL ADOLESCENTE

- Situación jurídico-penal actual:
- Hechos por los que te acusan:
- Situación jurídica (cautelar o firme):
- Si te han detenido, indica;
- Medida:
- Tiempo cumplido:
- Causas previas o pendientes:
- Centros de internamiento anteriores:
- Centro actual:
- Faltas disciplinarias/felicitaciones o recompensas:

3. ANAMNESIS PERSONAL Y FAMILIAR.

- ¿Con quién vives?
 - ¿Cuántas personas conforman tu familia de origen?
 - ¿Existe un miembro de tu familia en situación de privación de libertad?
 - ¿Existe en tu familia algún miembro con dependencia a sustancias o drogas?
- #### 4. HISTORIA OCUPACIONAL O LABORAL DEL O LA ADOLESCENTE
- ¿Posees alguna experiencia laboral remunerada o no remunerada?

ANAMNESIS FAMILIAR – GENOGRAMA

Utilizando GenoPro © 2011, versión 2.5.4.1. Se elabora un genograma familiar.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES: (estructura familiar, relaciones, situación económica, vínculos familiares, figura de autoridad)

- ¿Cuál es el nivel socioeconómico de la familia?
 - ¿Cómo está estructurada la familia?
 - Si creciste con madre y padre, ¿por quién sientes más apego?
 - ¿Quién es la figura de autoridad en la familia?
 - ¿Hay en tu familia un miembro con diagnóstico de enfermedad crónica o discapacidad?
- #### 6. PRIMEROS RECUERDOS SIGNIFICATIVOS DEL O LA ADOLESCENTE SOBRE SU VIDA
- Al cerrar tus ojos, ¿cuál es el primer recuerdo que acude a tu mente?

7. HISTORIA DE SALUD DEL O LA ADOLESCENTE

- ¿Tienes algún diagnóstico de enfermedad actual?
 - ¿Cuáles han sido tus enfermedades más frecuentes?
- #### 8. EXPECTATIVAS DEL O LA ADOLESCENTE HACIA EL PSICÓLOGO(a)
- ¿Qué expectativas tienes con este proceso de intervención psicológico?

9 CONDICIONES DEL ADOLESCENTE.

Identidad/autoestima/salud/educación/vínculos familiares/formación para el trabajo

10 EXAMEN DE FUNCIONES PSÍQUICAS

- Expresión facial
- Presentación personal
- Actividad y conducta
- Orientación
- Lenguaje
- Pensamiento (curso, estructura y contenido)
- Sensopercepciones
- Atención y concentración
- Memoria
- Voluntad
- Afectividad
- Inteligencia
- Actitud frente a la entrevista
- Veracidad de la información
- Alteraciones psicopatológicas
- Tipo constitucional
- Examen físico

11. APRECIACIÓN PSICOLÓGICA

.....
.....
.....

Actividad 3: Retroalimentación de los conceptos principales y evaluación de la sesión.

Constituye una síntesis de las comunicaciones desarrolladas durante la sesión, buscando extraer los elementos más importantes para su análisis e interiorización, de manera que se establezca lo que es fundamental tomando en cuenta los objetivos de la sesión.

En cuanto a la evaluación de la sesión, el adolescente infractor deberá contestar cada una de las preguntas que a continuación se detallan. Se incluyen también las respuestas que se consideran adecuadas.

1.6. Preguntas de evaluación

1. ¿Si logro desarrollar una sensación de comodidad y bienestar, esto puede ayudarme a afrontar la situación de una manera positiva? (VERDADERO).

2. ¿El proporcionar información personal o circunstancial ligada al delito que se investiga puede influir en la resolución de las autoridades judiciales? (FALSO)

3. Al narrar las vivencias importantes de la vida, puedo conjuntamente con mi terapeuta descubrir rasgos psicológicos de mi personalidad (VERDADERO).

Sesión 2: Establecimiento de relación Psicoterapéutica.

2.1. Objetivos Específicos.

1. Proporcionar información relativa al proceso de intervención.
2. Detallar los compromisos y roles a cumplir.

2.2. Procedimientos y Contenidos.

Se iniciará con la recapitulación de la sesión anterior, y en el marco de una relación psicoterapéutica simétrica se explicará el propósito de la aplicación de la CFT y los resultados esperados. Detallando los roles, actividades y límites a desempeñar en el marco del proceso. Es preciso señalar, que el historial clínico recolectado no sólo trata de identificar los puntos de conflicto, sino que ofrece oportunidades para empatizar de modo compasivo (Leahy, 2005).

2.3. Actividades.

1. Saludo.
2. Recapitulación de la sesión anterior.
3. Explicación de la CFT aplicada a AI.
4. Puntualización de los compromisos establecidos.
5. Firma de Acta de Compromiso.
6. Evaluación y retroalimentación de los conceptos principales.

2.4. Material.

Hoja 2.1.1. Lectura: Terapia centrada en la compasión

Hoja 2.1.2. Acta de compromiso psicoterapéutico.

2.5. Desarrollo de la sesión.

2.5.1. Actividad 1: Saludo.

Se da la cordial bienvenida a la nueva sesión, siempre con un alto grado de motivación y escudriñando y siendo comprensivo con la situación emocional que vive el adolescente de conformidad básicamente con la situación legal que atraviesa y el desencanto e incertidumbre frente a su privación de libertad.

2.5.2. Actividad 2: Recapitulación de la sesión anterior.

Se evocará la información principal con respecto a los datos de identificación y la problemática actual, sintonizando dicha información con la sesión 1. Además, se esbozará brevemente las problemáticas psicológicas y el sufrimiento o malestar emocional por el que atravesando con el objetivo de relacionarlo con la importancia del cultivo de la compasión.

2.5.3. Actividad 3: Explicación de la CFT aplicada a AI

En el marco de una relación pedagógica y con estilo democrático, se desarrolla un diálogo concentrando como temática en los sistemas de regulación. Para ello el terapeuta explica los aspectos esenciales de la terapia basándose en una lectura (Terapia centrada en la compasión)

que también proporciona como material escrito al adolescente (véase la hoja 2.1.1.)

Hoja 2.1.1. Lectura: Terapia centrada en la compasión

La CFT constituye una estrategia psicológica, integrada por un grupo de procesos cognitivos, afectivos y conductuales que se dan ante el sufrimiento propio y ajeno, nos aleja del desconsuelo y de las causas que lo provocan a través del ejercicio de una vida compasiva (Gilbert & Choden, 2013). Así mismo, la compasión se la puede definir como el sentimiento de bondad, cuidado y comprensión por los individuos (incluidos nosotros, lo cual se denomina autocompasión) que sufren o sienten dolor, junto con la necesidad de realizar algo para disminuir ese sufrimiento, resaltando que todos los seres humanos compartimos la misma condición humana, frágil e imperfecta (Germer & Siegel, 2012). En esas circunstancias, para practicar compasión o autocompasión es necesario tener una mente compasiva, la cual se inicia desde las vinculaciones o experiencias más tempranas de afecto y apego seguro en la vida de las personas y está relacionado con características como la calidez, simpatía, buen humor, cortesía, amabilidad, entre otros aspectos. En tanto que el cuidado, basado en el modelo de Nutrición de (Melson, Fogel, & Mistry, 1986) implica conciencia, motivación, expresión, comprensión y retroalimentación de la persona que es nutrido, para favorecer un desarrollo congruente con el esperable potencial de cambio de quien es objeto de los cuidados. Es importante tener en cuenta que cualquier dificultad en el acogimiento de la nutrición, posibilitaría graves efectos en el desarrollo de la compasión. Los estudios sobre nuestras emociones han revelado que nuestro cerebro contiene, tres sistemas de regulación emocional (Gilbert, 2015), cada uno diseñado para hacer cosas distintas. Estos tres sistemas de regulación emocional son: (1) Sistema de amenaza y autoprotección, (2) Sistema de activación de búsqueda de insumos y recursos, (3) Sistema de Confortamiento, satisfacción y seguridad. Se encuentran interconectados y se han configurado con la evolución de nuestra especie.

El sistema de amenaza y defensa o protección: Se trata de un sistema de actuación rápida que provoca el estallido de emociones como la ansiedad, la ira, la indignación, el asco y la tristeza que se activan cuando detectamos peligros potenciales, amenazas u objetivos y metas que no se van cumpliendo.

El sistema de activación general o de búsqueda de recursos/incentivos: Regula las emociones y motivaciones relacionadas con la búsqueda de recursos importantes del entorno (comida, sexo, relaciones, etc.) requeridos para nosotros, como para aquellos que nos importan (Gilbert & Tirsch, 2009). Es el sistema que nos impulsa a buscar la satisfacción de necesidades básicas y superiores (estatus y poder).

El Sistema de Confortamiento, satisfacción, (...) Tras su presentación, el monitor puede resumir las características del programa de la siguiente manera: “el objetivo principal de este programa consiste en analizar vuestra forma de comportaros y, sobre todo, los hechos por los que habéis sido enviados a este centro de menores. Nosotros no estamos aquí para juzgaros o culpabilizaros. Si estáis aquí, nuestra única obligación y compromiso es ayudaros a que podáis implicaros en el programa que vamos a desarrollar para que podáis aprender diversas estrategias que os permitirán afrontar las situaciones conflictivas de vuestra vida sin que tengáis que recurrir a comportamientos que la ley y la sociedad consideran antisociales o inadecuados. Lo que hagamos en el contexto del programa es confidencial y nosotros vamos a ser muy respetuosos con toda la información que nos proporcionéis a lo largo de la aplicación del mismo. Si decidís trabajar e implicaros de forma responsable podréis aprender cosas importantes para vuestra vida futura. Nuestro trabajo consiste en ayudaros a que podáis manejar adecuadamente los problemas que os estén causando malestar o que puedan llevaros de nuevo a tener problemas con la ley”. (...) **y seguridad:** Relacionado con emociones como la alegría, el apego seguro, las relaciones con otras personas, todo ello conectado con el hecho de sentirnos contentos y seguros, lo cual no solo implica la ausencia de riesgo, sino el surgimiento de emociones agradables y apacibles que provocan una sensación de bienestar.

Nota. Tomado de Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego (2016)

2.5.4. Actividad 4.

De manera didáctica y explicativa, se procede a dar cuenta de los compromisos que consta en la respectiva acta. El Psicólogo puede resumir las características del programa de la siguiente manera: “el objetivo principal de la intervención consiste en analizar la conducta y, sobre todo, los hechos por lo que estas privado de libertad. Nadie debe juzgarlos o culpabilizarlos. Eso es cuestión judicial. Si estas aquí, nuestra obligación es motivarle a involucrarse con el programa que vamos a desarrollar denominado terapia centrada en la compasión. Lo que hagamos en el contexto del programa es confidencial y nosotros vamos a ser muy respetuosos con toda la información que nos proporcione. Nuestro trabajo consiste en ayudarlo a que pueda manejar de una forma más adecuada los problemas legales que atraviesa”.

Hoja 2.1.2. Acta de compromiso psicoterapéutico.

<u>ACTA DE COMPROMISO.</u>	
Yo,.....	
Me comprometo a participar en calidad de paciente en la Aplicación de la Terapia Centrada en la Compasión, cuyo objetivo es regular el estado emocional de los adolescentes a través del equilibrio de los tres sistemas básicos con una especial atención al desarrollo de estrategias de amenazas y seguridad. Dicho programa requiere que cumpla las siguientes condiciones:	
1.- Quién se suscribe se compromete a participar de dicha intervención psicoterapéutica durante el tiempo de tres meses, en las cuales se desarrollarán una sesión individual cada semana y tres sesiones grupales al terminar cada fase del Programa.	
2.- Se debe cumplir con la asistencia del 100% de sesiones, tanto individuales y grupales. De conformidad con la distribución de intervención diseñada institucionalmente.	
3.- Durante el desarrollo de sesiones individuales y grupales, es posible que se tomen fotos y se graben videos con fines de investigación. Si el participante no desea que se le tomen fotos o filme, por favor comunicar explícitamente al terapeuta.	
4.- Al finalizar el Programa de intervención de la Terapia Centrada en la Compasión y asistiendo al 100% de sesiones individuales y grupales, se entregarán certificados de participación.	
He leído y comprendido todo lo antes mencionado, me comprometo a cumplir dichos presupuestos y acatarlos.	
Para constancia firmo.	
Adolescente	Representante
.....
Lugar y fecha.....

2.5.5. Actividad 5:

Una vez terminado el proceso de adaptación y primera acogida, se procede a la firma del

acta de compromiso informado de la terapia donde figuran los objetivos y requisitos a cumplir, así como también el número de sesiones a asistir.

2.5.6. Actividad 6:

Síntesis y retroalimentación de los conceptos principales

Constituye una síntesis de las comunicaciones desarrolladas durante la sesión, buscando extraer los elementos más importantes de la comunicación, para su análisis e interiorización, de manera que se establezca lo que es fundamental tomando en cuenta los objetivos de la sesión.

En cuanto a la evaluación de la sesión, el adolescente infractor deberá contestar cada una de las preguntas que a continuación se detallan.

2.6. Preguntas de evaluación

1. ¿Los acuerdos o compromisos entre dos personas podrían funcionar con éxito sin la existencia de regulaciones en cuanto a los objetivos que persiguen y los roles que cumple cada uno? (FALSO).

2. Los sistemas de regulación emocional (CFT) son tres: Amenaza y autoprotección, sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos, y, satisfacción y bienestar, (VERDADERO).

3. Participar en un programa de tratamiento, implica un proceso rápido de cambio sin necesidad de que la persona esté motivada a cambiar (FALSO).

Sesión 3: Narrativa de la historia vital.

3.1. Objetivos Específicos.

1. Identificar los eventos más importantes en la vida del adolescente (historia vital) y su tonalidad afectiva.

2. Valorar la incidencia de las manifestaciones afectivas en la estructuración de su personalidad.

3.2. Procedimientos y Contenidos.

Se iniciará con una recapitulación de la sesión anterior, luego, en el marco de una explicación educativa y siguiendo las fases psicevolutivas del desarrollo humano, se demostrará como las vivencias pasadas han permitido establecer mecanismos fisiológicos que permiten el apareamiento de reacciones afectivas de tonalidad positiva o negativa. Consecuentemente, es importante explorar los sentimientos que se derivan del yo, y entender su vinculación con recuerdos dimensionados en el área afectiva (Gilbert, 2003). Luego de establecer o lograr una catarsis emocional se invitará (previa explicación) a la cumplimentación de la carta compasiva.

3.3. Actividades.

1. Dar apertura a la sesión
2. Relato de situaciones vitales (AI) siguiendo el esquema del Modelo Psicoevolutivo.
3. Escritura de la carta compasiva.
4. Cumplimentación de la hoja de registro.
5. Evaluación y retroalimentación de los conceptos principales.

3.4. Material.

Hoja 3.1.1. Formato de Carta Compasiva

Hoja 3.1.2. Hoja de Autor registro

3.5. Desarrollo de la Sesión

3.5.1. Actividad 1: Dar apertura a la sesión

Se da la cordial bienvenida a la nueva sesión, y se realiza una síntesis del compromiso psicoterapéutico suscrito, ratificando íntegramente su contenido.

3.5.2. Actividad 2: Relato de situaciones vitales (AI) siguiendo el esquema del Modelo Psicoevolutivo

Siguiendo las fases del desarrollo de la psicología evolutiva (Moraleda, 1980) se procede a explorar a través del diálogo las situaciones vitales para el adolescente. Para ello seguimos el

orden del desarrollo psicoevolutivo (nacimiento, niñez, adolescencia, etc.) sin ser demasiado rígido o demasiado flexible de acuerdo a cada caso y el momento de la intervención.

Desde esta narrativa se establece un diálogo colaborativo donde ambas personas son expertas. El terapeuta es experto en un tipo de conversación facilitadora del cambio, promueve un diálogo que posibilita y sostiene un espacio de seguridad para el adolescente. Por su parte, el AI es experta en sí misma. El terapeuta no cree y así transmite que éste en posesión de más información (por el hecho de haber estudiado psicoterapia) que el propio consultante acerca de la vida de éste (Vega et al., 2019)

3.5.3. Actividad 3: Escritura de la carta compasiva.

Luego se procede a explicar y a realizar el ejercicio de elaboración de la Carta compasiva. Se les explica que ésta debe ser dirigida a una persona muy importante en la vida del AI, expresiva en cuanto a preocupaciones y cuidado real, sensible hacia las angustias y necesidades de la persona a la cual dirige la carta y desprovista de juicios de valor y no condenatoria. Se describe la actividad siguiendo el modelo de hoja compasiva (véase Hoja 3.1.1) y se le proporciona también como material escrito para su cumplimentación.

Hoja 3.1.1. Formato de Carta Compasiva

Anverso

PRACTICA CARTA COMPASIVA

Carta a mi

Yo

Quiero decirte que

.....

.....

Además,.....

.....

.....

.....

.....

.....

Finalmente.....

.....

.....

.....

.....

F.....

Lugar y fecha.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Reverso

Carta por la Compasión

El principio de compasión permanece en el corazón de todas las tradiciones religiosas, éticas y espirituales, y siempre nos pide tratar a los otros como nos gustaría ser tratados. La compasión nos impulsa a trabajar sin cansancio para aliviar el sufrimiento de nuestros semejantes; nos motiva a dejar de lado el egoísmo y aprender a compartir y nos pide honrar la inviolable santidad de cada ser humano, tratando a todos, sin excepción, con absoluta justicia, equidad y respeto.

Es además necesario en la vida pública y en la privada abstenerse de causar dolor de manera sistemática y categórica, actuar o hablar de manera violenta, obrar con mala intención, manejarse priorizando el interés personal, explotar o denegar los derechos básicos e incitar al odio denigrando a los otros – aunque sean enemigos - actuar de manera contraria, implica negar nuestra humanidad. Reconocemos haber fallado en vivir con compasión y sabemos que alguien ha incluso incrementado la miseria humana en nombre de la religión.

Por eso pedimos a hombres y mujeres ~ restaurar la compasión al centro de la moralidad y de la religión ~ volver al antiguo principio que afirma que cualquier interpretación de la escritura que incite a la violencia, el odio o al desprecio, es ilegítima ~ garantizar a los jóvenes una información positiva y respetuosa sobre otras tradiciones, religiones y culturas ~ estimular a una positiva apreciación de la diversidad cultural y religiosa ~ cultivar una empatía consecuente con el sufrimiento de los seres humanos, hasta con aquellos que consideramos enemigos.

En nuestro mundo polarizado hay una necesidad urgente de transformar la compasión en una fuerza clara luminosa y dinámica. Arraigada en la determinación de trascender el egoísmo, la compasión puede romper las fronteras políticas, dogmáticas, ideológicas y religiosas. Nacida de nuestra profunda interdependencia, la compasión es esencial para las relaciones humanas y para la realización de la humanidad. Es el camino hacia la claridad, indispensable para la creación de una economía justa y de una comunidad global y pacífica.

Nota. Adaptado de Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego (2016)

3.5.4. *Actividad 4:* Cumplimentación de la hoja de registro.

Durante el relato de la historia vital, se han identificado los eventos sobresalientes en la vida del AI, por lo que utilizando la técnica de auto-registro de las reacciones emocionales, se analizan para cada evento, los pensamientos que tienen en ellas, así como las emociones y las conductas accionadas producto del evento (¿qué siente?, ¿cómo responde mi cuerpo?, etc.) (Caballo, 2012). Además, mediante uso de estrategias didácticas, se procede a la psicoeducación de los mecanismos fisiológicos involucrados en la respuesta emocional ante situaciones estresantes que aparecen en los ciclos vitales (Porges, 1995), es decir, los sistemas de inmovilización, movilización y conexión social.

Hoja 3.1.2. Hoja de Autorregistro

Periodo ¿Cuándo fue?	Situación evento ¿Qué paso?	Pensamientos ¿Qué pensé en ese momento?	Emociones ¿Qué sentí?	Conducta ¿Qué hice?

3.5.5. *Actividad 5:* Evaluación y retroalimentación de los conceptos principales

Constituye una síntesis de las comunicaciones desarrolladas durante la sesión, buscando extraer los elementos más importantes para su análisis e interiorización, de manera que se establezca lo que es central, considerando los objetivos de la sesión.

En cuanto a la evaluación de la sesión, el adolescente infractor deberá contestar cada una de las preguntas que a continuación se detallan:

3.6. Preguntas de evaluación

1. La exteriorización de pensamientos y sentimientos me dan la oportunidad de analizarlos desde una perspectiva diferente, lo que finalmente me provoca tranquilidad (VERDADERO).

2. En la vida siempre voy a experimentar las mismas emociones ante las mismas situaciones (FALSO).

3. Los sentimientos compasivos hacia los demás no son importante a la hora de relacionarnos socialmente y sirven exclusivamente para saber lo que sienten los demás (FALSO).

Sesión 4: Obtención de *Insight*.

4.1. Objetivos Específicos.

1. Identificar y valorar los modelos de apego desarrollados por el adolescente.
2. Posibilitar el advenimiento de la desinhibición emocional.

4.2. Procedimientos y Contenidos.

La presente sesión constituye la segunda parte de la pretensión de maximizar la catarsis emocional en el AI. Se debe iniciar haciendo énfasis en la sesión anterior, escudriñar los eventos más conflictivos o traumáticos, bajo la tutela del psicoterapeuta cordial y orientador, combinando las relaciones entre eventos y reacciones afectivas, aperturando juicios de razonamiento y visiones diferentes por parte del adolescente y asociando el impacto de los modelos de apego desarrollados. La experiencia y pericia del Psicólogo se reflejan en la capacidad de transmitir y contextualizar los modelos de apego en el AI. Luego, se desarrollará la práctica de la figura de afecto.

4.3. Actividades.

1. Apertura.
2. La identificación de los modelos de apego.
3. Escucha del audio 12 Práctica de la figura de afecto (Master en mindfulness, 2016)*

4. Evaluación y retroalimentación de los conceptos principales.

4.4. Material.

Pizarra blanca y rotuladores.

Audio 12 Práctica de la figura de afecto³ (Master en mindfulness, 2016)

https://www.ivoox.com/practica-figura-afecto-audios-mp3_rf_10127404_1.html

4.5. Desarrollo de la Sesión

4.5.1. Actividad 1: Apertura

Se inicia con un saludo cordial, luego se desarrolla la introducción a la sesión actual, después de repasar la sesión anterior.

4.5.2. Actividad 2:

Establecimiento de eventos tipificados como de alto contenido afectivo: para que el entrevistado comprenda este importante concepto, se desarrollará una previa vinculación entre los elementos emocionales asociados a los recuerdos de vivencias narradas, anticipando ejemplos de la vida diaria.

4.5.3. Actividad 3:

La identificación de los modelos de apego: La identificación de los modelos de apego se desarrollará desde el conocimiento previo en cuanto se investiga en la historia vital del sujeto, la forma de relacionarse con los padres, hermanos y congéneres. Rinde cuenta de cómo ha ido configurándose su conducta. En los primeros años de vida son los padres (o los cuidadores, si estos no han podido ejercer esa función) los que otorgan al niño la sensación de protección, seguridad y afecto. De tal suerte, que mientras más seguros se sienten los niños más adecuados puede ser su respuesta a su entorno. En forma inversa, si el niño no se ha sentido suficientemente querido y protegido, su sistema de alerta se encuentra hiper-activado y va a

³ El uso de los audios en la presente investigación está autorizado por el Dr. Javier García Campayo.

desconfiar del resto de seres humanos, por lo que va a tener más probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos. (García-Campayo et al., 2016). Todo este proceso de cuidado y sus efectos, es lo que se ha denominado “apego” en psicología. Finalmente, el psicoterapeuta utilizará el Audio 12 Práctica de la figura de afecto, como mecanismo práctico para desarrollar catarsis emocional en el AI.

4. Actividad 4.

Evaluación y retroalimentación de los conceptos principales. Constituye una síntesis de las comunicaciones desarrolladas durante la sesión, buscando extraer los elementos más importantes de la sesión, el apego y los estilos de crianza deben retroalimentarse.

4.6. Preguntas de evaluación

1. La satisfacción de necesidades fundamentales como alimentación, protección y vinculación afectiva es lo que se denomina apego seguro (VERDADERO)
2. Si reconozco que mi amigo está enfadado, estoy siendo empático (VERDADERO)
3. Cuando estoy ansioso y molesto pienso y siento de la misma forma que cuando estoy relajado (FALSO)

Sesión 5: Trabajo de Grupos: Reafirmación de los contenidos desarrollados en la fase uno.

5.1. Objetivos Específicos.

1. Promover un ambiente de cordialidad e interacción a través del desarrollo de la confianza en el marco de la intervención grupal.
2. Describir las características principales de CFT y resolver las dudas e inquietudes que tengan los participantes.

5.2. Procedimientos y Contenidos.

Se establecerá un clima cálido, de apertura, de no juzgamiento y evitando sobre manera los epítetos peyorativos con respecto a las participaciones de los AI. En este sentido, se aplicará

una técnica de presentación para fomentar la interacción grupal. Luego se explicará los conceptos principales de compasión, autocompasión y su uso en diferentes sociedades, y se hará un puente de conexión entre los contenidos apropiados individualmente con el significado y apropiación colectiva, principalmente con respecto a la razón de ser de la CFT y su aplicación en cada participante. Se posibilitará ejemplos, diferenciando lo que es y lo que no es compasión.

5.3. Conceptos Claves.

Emociones: las emociones son señales externas de vivencias internas y en ellas hay una combinación de factores cognitivos y componentes fisiológicos. Existen diferentes estados emocionales y diferentes formas de expresarse: alegría, tristeza, sorpresa, angustia, ansiedad, miedo, vergüenza, etc. (Ander-Egg, 2016)

Mecanismos neurofisiológicos: se trata de los cambios que se producen en nuestro sistema nervioso para comprender como el cuidado adecuado, por ejemplo, puede regular el balance dinámico del sistema neurovegetativo produciendo variaciones por ejemplo en la tasa cardiaca (Porges, 2003). Como también, como las endorfinas y la oxitocina del cerebro evolucionaron para regular el procesamiento de la amenaza (inhibiendo de la lucha/huida), y facilitaron el interés y el cuidado.

Estilos de apego: se refiere a la forma de relacionarse los padres con sus hijos y viceversa, lo cual produce efectos fisiológicos en el cerebro del niño y consecuentemente en su conducta. En los primeros años de vida son los padres (o los cuidadores, si estos no han podido ejercer esa función) los que otorgan al niño la sensación de protección, seguridad y afecto. De tal suerte, que mientras más seguros se sienten los niños, más adecuado puede ser su respuesta al entorno. En forma inversa, si el niño no se ha sentido suficientemente querido y protegido, su sistema de alerta se encuentra hiper-activado y va a desconfiar del resto de seres humanos, por lo que va a tener más probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos. (García-Campayo et

al., 2016). Todo este proceso de cuidado y sus efectos, es lo que se ha denominado “apego” en psicología.

5.4. Actividades.

1. Presentación y aplicación de dinámica inicial.
2. Explicación de conceptos principales de la CFT y contrastación con hechos reales.
3. Evaluación y retroalimentación de los conceptos principales.

5.5. Material.

Hoja 5.1.1. Dinámica de ambientación.

Diapositivas: Terapia centrada en la compasión. Consiste en un material elaborado al efecto para esta investigación y que se puede descargar del siguiente enlace:

<https://mega.nz/file/DU11gSBA#zypCKxNHzxWIdsCeS8dPSpPRDv8R6w07BbRiSno-ri4>

Hoja 5.1.3. Formato de evaluación.

5.6. Desarrollo de la Sesión

5.6.1. Actividad 1.

Introducción a la sesión y aplicación de dinámica inicial

Primero, se explicará la técnica, luego se realizará un ejercicio previo y finalmente se aplicará, sin llegar a la interpretación. Constituye un procedimiento que facilita la interacción grupal, rompiendo barreras previas. El psicoterapeuta, debe ser permisivo y versado en la aplicación de la dinámica inicial o de ambientación. Se pretende que los participantes en un ambiente agradable se sientan incluidos y aceptados por el grupo. Para desarrollar la actividad se utiliza la Hoja 5.1.1. Dinámica de ambientación.

Hoja 5.1.1. Dinámica de ambientación

DINÁMICA INICIAL
Nombre.....
1. Ordena los siguientes animales de acuerdo con tu preferencia: CABALLO, TIGRE, VACA, OVEJA, CERDO
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
2. Escribe una palabra que describa cada uno de lo siguiente:
Perro.....
Gato.....
Rata.....
Café:
Mar.....
3. 1. Piensa en alguien (que también te conozca) que puedas relacionar con los siguientes colores, por favor no repitas tu respuesta dos veces. Nombra sólo una persona para cada color:
Amarillo.....
Naranja:
Rojo:
Blanco:
Verde.....
Para la evaluación:
1. Se utiliza el símbolo que representa el animal y se transfiere al AI. P.ej. cerdo = dinero
2. Se apropia el símbolo y se conjuga con la respuesta dada. P. ej. Perro es fidelidad y si se contestó lindo. La amistad es linda para el AI.
3. Se relaciona la persona aludida con lo que representa el color. P. ej. Rojo = Teresa. Significa que Teresa significa pasión para el AI.

Tomado de <https://lavozdelmuro.net/este-test-tibetano-de-3-preguntas-revelara-muchas-cosas-sobre-tu-personalidad-inconsciente/>

5.6.2. Actividad 2: Explicación de conceptos principales de la CFT y contrastación con hechos reales.

Utilizando un documento PDF de 20 diapositivas, el terapeuta desarrolla los conceptos básicos de compasión, el efecto de la carta de compasión, aplicación en diferentes problemáticas, características y herramientas que utiliza la CFT, etc. Las diapositivas (material elaborado al efecto para esta investigación) se encuentran disponibles en el siguiente enlace:

<https://mega.nz/file/DU11gSBA#zypCKxNHzxWIdsCeS8dPSpPRDv8R6w07BbRiSno-ri4>

5.6.3. Actividad 3:

Plantear cuestionamientos y resolución de conflictos

Mediante la implementación de la técnica tormenta de ideas, cada participante propone desde su perspectiva lo que significa la CFT. Mediante el foro se pretende hacer la explicación de los conceptos principales de la terapia, intercambio de ideas, planteamiento de cuestiones y orientaciones de resolución de conflictos siempre reflejando los conflictos internos de cada AI.

5.6.4. Actividad 4

Evaluación y retroalimentación de los conceptos principales

Al final de la sesión, se conduce la respectiva recapitulación de las comunicaciones desarrolladas durante la sesión, buscando extraer los elementos más importantes, para ello se debe tener en cuenta los objetivos de la sesión.

5.7. Preguntas de evaluación

Las preguntas de evaluación se encuentran direccionadas a observar no sólo la consecución de los objetivos de la sesión de trabajo de grupo sino a retroalimentar los conocimientos, primero en forma individual y después en interacción grupal. Se trata de dos bloques de preguntas, el primero con respecto a los contenidos desarrollados y el segundo en relación a los criterios personales de la forma como se desarrolla la sesión. Para su aplicación se requiere la Hoja 5.1.2.

Hoja 5.1.2. Formato de evaluación.

EVALUACIÓN Sesión Grupal 1.
1. Componentes cognoscitivos:
Defina la compasión
Explique los Sistemas de Regulación emocional
Ejemplifique el Sistema de Apego emocional
2. Componentes Organizativos
Dificultades.
Sugerencias.
Observación.
F.....
Lugar y fecha.....

Fase 2: Intervención propiamente dicha (6 semanas)

Introducción a la Fase.

Considerando que, en la primera fase, se pretendía conocer quién es el AI atendido y su regulación emocional sobre la conducta adaptativa (Fox et al., 2008), cobra sentido pertinente que el AI desarrolle la capacidad de reconocer sus propias emociones. Es muy frecuente que estas personas hayan desarrollado una serie de miedos y temores que invalidan su desempeño personal y social, pudiendo encontrar a través de la regulación de los sistemas el equilibrio emocional el desarrollo de la mente compasiva. Todo ello se desarrolla en la fase de intervención propiamente dicha que se expone a continuación

Planteamiento y justificación.

Es la parte medular del proceso terapéutico, se capitalizan contenidos fundamentales de la CFT como los sistemas de regulación emocional, el modelo de los 4 ámbitos, estrategias internas y externas de seguridad, el diagrama del cerebro, que posibilita la comprensión de los instintos, la remisión de culpa y auto resentimiento como paso previo para el desarrollo de la autocompasión. Y todo ello, reforzado con actividades como el lugar seguro, el audio de la respiración compasiva, la práctica del afrontamiento compasivo y la sustitución de la vergüenza por la voz compasiva.

Formulaciones

Estrategias de amenaza y seguridad.

Equilibrio de los sistemas de regulación del afecto.

La mente compasiva.

Objetivos Generales.

Desarrollar la compasión y autocompasión como estilos de vida, aplicando estrategias de seguridad internas y externas en el marco del modelo la mente evolucionada.

Sesión 6. Estructuración del Modelo de los 4 ámbitos: entorno, amenazas, miedos, preocupaciones y necesidades no satisfechas.

6.1. Objetivos Específicos.

Comprender la interacción biológica e histórica con el surgimiento de estrategias de seguridad y el posible apareamiento de sintomatología.

6.2. Procedimientos y Contenidos.

Establecida la interacción psicoterapéutica y en conocimiento de los eventos vitales ocurridos, se vincula los elementos genéticos e históricos (biológicos y evolutivos), para los apareamientos de estrategias de seguridad frente a las amenazas sufridas tanto internas como externas y los efectos provocados en la personalidad.

6.3. Actividades.

1. Apertura de la sesión.
2. Explicación, modelo de los 4 ámbitos.
3. Identificar estrategias de seguridad que actúen como defensas frente a amenazas externas e internas.
4. Síntesis y retroalimentación de los conceptos principales impartidos en la sesión.

6.4. Material.

Diapositivas: Esquema del modelo de los 4 ámbitos. Consiste en un material elaborado al efecto para esta investigación y que se puede descargar del siguiente enlace

<https://mega.nz/file/aR9njaBA#g5Hqm1Uv9UTpcRytM4GUSAIhMmIkD8HnmRWXnHZvnU0>

6.5. Desarrollo de la Sesión

6.5.1. Actividad 1: Apertura de la sesión

Se invita al adolescente a recapitular sus principales aprendizajes ocurridos en la fase inicial, para contrastar con las nuevas concepciones propuestas para la siguiente etapa del tratamiento,

siempre en el marco de una relación simétrica donde ambas partes aporten a la construcción de los saberes que se pretenden en los objetivos principales.

6.5.2. Actividad 2: Modelo de los 4 ámbitos

La actividad se desarrolla en el marco de la psicoeducación para ofrecer una explicación sobre el Modelo de los 4 ámbitos, se trata pues de posicionar al adolescente en cada uno de estos cuatro ámbitos donde el análisis rendirá cuentas, a saber, de las diferentes dinámicas inmiscuidas en cada uno de ellos. En el entorno, profundizaremos en las temáticas del cuidado por parte de los padres, la identificación como objeto de preocupación, la existencia y/ o grado de negligencia en el cuidado o abandono, las diferentes necesidades básicas sin atender, vivencias de amenaza y otras formas de abuso.

El análisis de los miedos arquetípicos en la narrativa de la historia vital del adolescente, suponen al terapeuta la base del trabajo en tanto reconoce que dichos miedos influyen a largo plazo en el desarrollo de una psicopatología, de tal forma que aporten luces a la naturaleza de las estrategias que se conforma como producto de estos miedos. Para el desarrollo de la actividad se utilizará las diapositivas: Esquema del modelo de los 4 ámbitos.

6.5.3. Actividad 3:

Identificar estrategias de seguridad que actúen como defensas frente a amenazas externas e internas.

Una vez alcanzado el aprendizaje y con base en este, tomando como unidad de estudio las amenazas, presentamos al adolescente la posibilidad del análisis a las conductas propias que se desprenden de la vergüenza de sí mismo y de los otros, con la ayuda de la una entrevista dirigida con preguntas que apunten a ¿Sientes que tu padre o madre te querían? ¿Cómo lo demostraban? ¿Cómo te cuidaban? ¿Cómo hablaban contigo de tus sentimientos? ¿De qué manera físicamente mostraban su afecto? Si estabas angustiado, ¿cómo te ayudaban?, además el terapeuta tendrá que emplear un dialogo directivo de tal forma que conduzca la obtención de

estos datos sin hacer el mayor daño en la evocación de los hechos vividos.

6.5.4. Actividad 4:

Síntesis y retroalimentación de los conceptos principales impartidos en la sesión.

Al final de la sesión se ofrece una síntesis a manera de retroalimentar las comunicaciones desarrolladas durante la sesión, buscando extraer los elementos más importantes de la comunicación, utilizando las preguntas de evaluación presentadas a continuación.

6.6. Preguntas de evaluación

1. En cada situación o contexto es preciso mediar nuestros comportamientos de forma que resulte adaptativo para nosotros y nuestros iguales (VERDADERO)
2. Cuando pasa algo inadecuado y no se regula la conducta, se está propenso a sufrir una amenaza de daño por parte de los demás (FALSO)
3. ¿El miedo es una emoción de extrema utilidad para mediar nuestro comportamiento? (FALSO).

Sesión 7: Identificar estrategias internas y externas de seguridad.

7.1. Objetivos Específicos.

1. Identificar estrategias de seguridad conflictiva y compensatoria de manera detallada.
2. Clarificar la relación entre estrategias de seguridad y conductas desarrolladas

7.2. Procedimientos y Contenidos.

Se procede a realizar una recapitulación de la sesión anterior, enfatizando los eventos conflictivos y detallando los mecanismos de seguridad positivos o negativos, utilizados como estrategias de contención en la situación atravesada. Se explica la naturaleza de la culpa y la autocrítica.

7.3. Actividades.

1. Dar apertura a la sesión (Saludo).
2. Identificación de sentimientos de culpa y autocrítica.

3. Creación de un lugar seguro.
4. Escucha del audio: Práctica del lugar seguro (Master en Mindfulness, 2016).
5. Retroalimentación de los conceptos principales aprendidos en la sesión.

7.4. Material.

Hoja 7.1.1. Guía para crear un lugar seguro.

Hoja 7.1.2. Formulario Lugar Seguro.

Audio 7.1.1. Audio sobre el lugar seguro (Master en Mindfulness, 2016) que puede descargarse del siguiente enlace:

https://www.ivoox.com/lugar-seguro-audios-mp3_rf_10127144_1.html

7.5. Desarrollo de la Sesión

7.5.1. Actividad 1: Apertura

Para la apertura de esta nueva sesión se invita al adolescente a recapitular su aprendizaje de sesión anterior, en el marco de una relación simétrica donde ambas partes aporten a la construcción de los saberes que se pretenden en los objetivos de la sesión, se busca que el adolescente posicione su vitalidad al desarrollo de la sesión en un intento de creación de un ideal imaginario donde el AI se sienta seguro, analizando entonces qué es lo que supone una amenaza para el adolescente.

7.5.2. Actividad 2: Identificación de sentimientos de culpa y autocrítica.

Para el desarrollo de la sesión, lo aprendido en materia de emociones, estrategias, empatía, conflictos, apegos y toda la influencia que eso implica para la conformación de la personalidad será tomado como base para el siguiente ejercicio de identificación de sentimientos de culpa y autocrítica, usando el siguiente modelo de auto registro, (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012) que puede verse en la Hoja 7.1.1.

Hoja 7.1.1. Formato de evaluación.

Emociones negativas	Creencia irracional asociada	Emociones Negativas Sanas	Creencia racional Asociada
Vergüenza			
Culpa			
Autocrítica			

7.5.3. Actividad 3: Creación de un lugar seguro

Para la siguiente actividad se utiliza la hoja 7.1.2. del Lugar Seguro, adjuntado a continuación, previo a una introducción de las directrices de la tarea y el cómo realizarla.

Hoja 7.1.2. Formulario Lugar Seguro.

LUGAR SEGURO.
Nombre.....
Este lugar puede ser
¿Qué sentimientos o sensaciones me provoca el lugar seguro? Describe tus sensaciones
F.....
Lugar y fecha.....

Nota. Tomado de Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego (Campayo et al., 2016)

7.5.4. Actividad 4: Audio: Práctica del lugar seguro

En esta actividad se realiza un pequeño preámbulo de la finalidad del audio, el contexto en el que lo utilizamos, y la pertinencia que enmarca el uso del material digital, luego con el uso del reproductor digital se procede a la escucha y análisis del audio, de ser necesario el audio puede pausarse para el esclarecimiento de las dudas que surjan durante el proceso. (el enlace

es el que ya se presentó en el apartado de material, a saber:
<http://www.masterenmindfulness.com/audios-de-compasion>

7.5.5. Actividad 5: Retroalimentación de los conceptos principales aprendidos en la sesión

Al final de la sesión y siguiendo los objetivos de la fase, se procede a recapitular los aprendizajes más importantes de la sesión, contestando a cada una de las interrogantes planteadas.

7.6. Preguntas de evaluación

1. Es más adaptativo que ante una situación de estrés y amenaza responder con violencia (FALSO)
2. ¿Las acciones encaminadas a afectar la integridad de terceras personas hacen referencia a la autoprotección? (FALSO).
3. ¿El juicio crítico con respecto hacia nuestras propias acciones o comportamientos, en varias ocasiones de forma inconsciente, se conoce como autocritica? (VERDADERO).

Sesión 8: Explicación del Modelo de la mente evolucionada.

8.1. Objetivos Específicos.

Comprender el surgimiento de la mente evolucionada y el funcionamiento del Sistema de Regulación de Afectos

8.2. Procedimientos y Contenidos.

Se inicia con una recapitulación de la sesión anterior, para concatenar el contenido en la presente sesión que va a ser desagregado. Luego, se realizarán diversas comprobaciones de la realidad utilizando los contenidos cognoscitivos de la mente evolutiva, trágica y social (Gilbert, 2015), admitir responsabilidades, el nuevo y el antiguo cerebro, cavilaciones y metas. Además, se trabaja simultáneamente el sistema de regulación de afectos: amenaza y autoprotección, activación de búsqueda de incentivos y recursos, y satisfacción, calma y seguridad.

8.3. Actividades.

1. Dar apertura a la sesión (Saludo).
2. Realizar práctica de la respiración compasiva.
3. Retroalimentación de los conceptos principales adquiridos.

8.4. Material.

Hoja 8.1.1. Guía del yo compasivo.

Audio 8.1.1. : Práctica de la Respiración Compasiva (Master en mindfulness, 2016).

https://www.ivoox.com/respiracion-compasiva_sb.html?sb=respiracion+compasiva

8.5. Desarrollo de la Sesión

8.5.1. Actividad 1: Apertura

Se inicia con la respectiva apertura y la evaluación de su estado emocional actual, mediante técnicas directivas y no directivas, se identifica el estado del problema actual, se realiza la recapitulación de los puntos tratados en la anterior sesión para enlazarlo con la temática actual.

8.5.2. Actividad 2: Realizar práctica de la respiración compasiva.

De igual manera que las sesiones anteriores, previo a la práctica se explica en detalle la técnica, aplicando los postulados generales previo a una técnica de relajamiento: posición corporal (horizontal y descansada), alejamiento de pensamientos perturbadores (mente en blanco y distensión del cuerpo). Para ello, antes de la práctica se utiliza la Guía del Yo compasivo (véase Hoja 8.1.1), en la cual el adolescente debe informarse sobre: 1) cualidades del yo compasivo (imagen deseada), 2) práctica de las cualidades de un yo compasivo (meditación), 3) Lo mejor de ti (recordar momentos de tranquilidad) y 4) Compasión bajo el edredón (meditaciones en la cama),

Hoja 8.1.1. Guía del yo compasivo.

Guía para el desarrollo del yo compasivo

Se entiende al yo, como la parte consciente del ser humano que refleja el malestar (síntoma) significativo a través de las emociones y comportamientos. Es decir, en el momento que una persona no se siente bien interna ni externamente (ausencia de homeostasis). El yo compasivo se caracteriza, por asegurar el equilibrio interno y externo generando alternativas que estén basadas en “sabiduría y cuidado auténtico”.

A continuación ciertas consideraciones para obtener un yo compasivo

1.- Cualidades del yo compasivo

Se debe considerar imaginar cómo es un yo compasivo y cuáles son sus cualidades en las que se debe tener conocimiento. Crear una imagen en la que se adopta características propias del ser compasivo p.ej. “como si fuera un actor cuando crea un personaje para cierta filmación”. Son cuatro específicamente:

1. Sabiduría, obtenida por las experiencias personales, de la madurez y comprensión respecto a las dificultades de la vida. Es decir, el yo compasivo entiende que hemos venido al mundo con vivencias tempranas y de relaciones de cuidado que no escogimos. Además poseemos una mente frágil y caótica que a veces está llena de pensamiento y sentimientos de angustia y conflicto.

2. Fuerza, como firmeza y valor centrado en la confianza interna, madurez y autoridad para realizar actividades.

3. La tercera hace referencia a la calidez y amabilidad en su máxima expresión.

Por último y no menos importante, no formular juicios de crítica ni autocrítica, y desarrollar un sentido de responsabilidad direccionado a ayudar.

2.- Práctica de las cualidades de un yo compasivo:

Es necesario entrar en un estado de relajación, por lo que es importante emplear una técnica psicológica que permita suavizar el ritmo cardíaco (técnica de respiración) en un lugar solitario sin interrupciones. A partir de aquí uno siente un efecto tranquilizante (puede variar la intensidad), y ya está listo para iniciar:

-Piensa en las cualidades del yo compasivo.

-Centra tu deseo en poseer dichas cualidades, imagina siendo una persona tranquila y con sabiduría (dedica tu tiempo para realizarlo). Imagínate siendo cálido y amable. Imagina siendo una persona que no condena, no juzga y al mismo tiempo quiere producir cambios y aliviar el sufrimiento.

-Posteriormente se debe intentar que las cualidades ya imaginadas son reflejadas a través de una expresión facial, la mejor que a ti te encaje. Lo puedes hacer viéndote al espejo.

-Dedícale otro minuto al tono de voz. Imagina en las cosas amables que dirías.

-Por último, dedica un tiempo para pensar en la satisfacción que se obtiene al ser amable, a ser compasivo.

Observaciones: recuerda que dedicar tiempo (práctica-hábito), es lo que ayudara a obtener un resultado positivo y debes proyectar tu mente hacia el futuro pero con calma.

3. Lo mejor de ti.

Otra forma para adoptar un yo compasivo, es dedicar un tiempo a recordar las vivencias pasadas en el que te sentiste compasivo, es decir: sabio, tranquilo y con deseos de ayudar. Además, puedes agregar una característica de que es lo mejor que hay dentro de ti. Emplea una expresión compasiva cuando lo imagines.

Mientras realizas esta práctica, es posible que evoques recuerdos de momentos ansiosos que te hagan perder la concentración. Por lo que es necesario que hagas una pausa, y vuelvas a iniciar. Recuerda que el objetivo está orientado a querer ayudar.

4. Compasión bajo el edredón.

Ultimo paso de esta guía. Es ideal que recurras a la práctica para convertirte en un yo compasivo, sin embargo, a veces nuestras vidas están demasiado ocupadas no existe tiempo para cumplir el objetivo. Por lo que se puede empezar por aprender la “compasión bajo el edredón”.

Esta técnica consiste en dedicar unos minutos apenas te levantas, mientras estás tendido en la cama lleva a tu rostro expresiones compasivas. Puedes practicar el tono de voz y las palabras que mencionarías. De igual manera, el ser sabio y que tienes madurez y confianza interna.

El éxito no es dejar de practicar, sino, de pocos minutos en aumento, convertirlo en un hábito. Al fin y al cabo, normalmente nuestra mente anda divagando y no estamos conscientes de ciertas actividades que hacemos, o por qué estamos tensos o preocupados.

Es necesario que de esta forma se la practique para lograr que tu cuerpo y mente sea consciente de lo que quiere, y por lo tanto puedas usar en el momento que sientas angustia.

Adaptado de Terapia centrada en la compasión (Gilbert , 2015)

Para la práctica de la Respiración compasiva se utiliza el enlace señalado anteriormente.

8.5.3. Actividad 3: Retroalimentación de los conceptos principales adquiridos.

Se realiza una recapitulación de lo aprendido en la sesión, se repasan los conceptos

explicados y procedimiento de la técnica, con la finalidad de recabar información de lo obtenido.

8.6. Preguntas de evaluación

1. Dentro del campo de las emociones negativas, la ira juega un papel central a la hora de explicar el comportamiento antisocial y/o delictivo (VERDADERO)

2. En las fuentes de tensión que afectan al individuo de manera negativa, destacan la imposibilidad de lograr objetivos sociales positivos, ser privado de gratificaciones que se espera y/o ser sometido a situaciones aversivas ineludibles (VERDADERO)

3. Un pensamiento distorsionado es una explicación y justificación que damos de nuestro comportamiento y que está alejado o no se sustenta en la realidad de vida de esa persona (VERDADERO)

Sesión 9: Regulación de afectos

9.1. Objetivos Específicos.

1. Utilizar la imaginación para apropiarse del modelo de los sistemas de regulación emocional.

2. Entender la culpa deslindándola del sentido acusatorio y vergonzante.

3. Desarrollar la imaginación compasiva.

9.2. Procedimientos y Contenidos.

Durante la sesión se procederá a vincular los contenidos de la sesión anterior con la actual y describir didácticamente el Sistema de Regulación de Afectos, diseñado por Paúl Gilbert. En este marco, se analiza la culpa, autocrítica, la autocompasión y el perdón.

9.3. Actividades.

1. Dar apertura la sesión (Saludo).

2. Ofrecer una explicación del Sistema de Regulación de Afectos: amenaza y autoprotección, activación de búsqueda de incentivos y recursos, y satisfacción, calma y

seguridad.

3. Realizar un análisis de conceptos básicos sobre la terapia: culpa, autocrítica, autocompasión y el perdón.

4. Realizar la síntesis y retroalimentación de los conceptos principales adquiridos.

9.4. Material.

Hoja 9.1.1 Guía de Los sistemas de regulación emocional.

Hoja 9.1.2. Guía de la estructura del cerebro.

Hoja 9.1.3. Formato de evaluación.

9.5. Desarrollo de la Sesión

9.5.1. Actividad 1: Dar apertura a la sesión

Se inicia con el correspondiente saludo. Para el particular desarrollo de la sesión, las actividades se complementan entre ellas en tal razón que los temas están encadenados en tal significancia que está dividido en dos actividades, se comienza con la explicación del sistema de regulación de afectos, continuando con el análisis de los conceptos básicos de la terapia, con el uso del anexo: guía del cerebro

9.5.2. Actividad 2: Ofrecer una explicación del Sistema de Regulación de Afectos: Realizar un análisis de conceptos básicos sobre la terapia: culpa, autocrítica, autocompasión y el perdón.

Mediante la ayuda del material didáctico de la Hoja 9.1.1., procedemos a la explicación del sistema de regulación, para ello, se utilizan estrategias de enseñanza-aprendizaje que permitan activar los conocimientos previos, utilizando la lluvia de ideas, puesto que permiten focalizar un tema y construirlo a partir de ideas. También, el uso de ilustraciones para los diagramas cerebrales (Véase Hoja 9.1.2 Guía de la estructura del cerebro) y la realidad de la existencia del sufrimiento.

Hoja 9.1.1

<p>El sistema de amenaza y autoprotección</p>	<p>Detecta amenazas para seleccionar una respuesta, por ej. luchar, huir, quedarse paralizado y proporciona ráfagas de emociones (ansiedad, ira o disgusto).</p> <p>El cerebro da mayor importancia al enfrentamiento con amenazas que a las cosas agradables.</p> <p>Opera a través de sistemas cerebrales p. ej., la amígdala, eje hipotálamo-Pituitaria-adrenal.</p> <p>Cuando el modo de amenaza se encuentra activo, toda nuestra vida psicológica y nuestro comportamiento están centrados en la amenaza y orientados a la protección y seguridad.</p> <p>La regulación genética y sináptica de serotonina desempeña un papel importante en el funcionamiento del sistema de amenaza</p>
<p>Sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos</p>	<p>Brinda sentimientos positivos que guían y motivan en la búsqueda de los recursos para sobrevivir.</p> <p>Nos sentimos motivados y recompensados con logros de cosas agradables (p. ej. Alimento, sexo, comodidades, amistades, estatus y reconocimiento).</p> <p>Si ganamos la lotería podríamos sentirnos hipomaniacos, por la actividad mental disparada. El sistema de activación emocional estaría desequilibrado</p> <p>La gente manicodepresiva experimenta problemas con éste sistema. Pueden pasar de una actividad demasiado elevada a otra demasiado baja.</p> <p>Si existe equilibrio junto con los otros 2 sistemas, este guía a objetivos vitales.</p> <p>Cuando nuestra mente lo bloquea se convierten en una amenaza y el sistema de ansiedad se dispara con ansiedad, frustración, ira.</p> <p>Este sistema es de «vamos a conseguirlo».</p> <p>La dopamina es importante en nuestros impulsos.</p> <p>Es un sistema de activación-emoción que se centra en la activación de sentimientos y motivos positivos.</p> <p>Los incentivos y metas frustradas posibilitan la activación del sistema de amenaza, disminuye el estado de ánimo y puede producirse depresión.</p>
<p>Sistema de confortamiento, satisfacción y seguridad</p>	<p>Aporta calma, tranquilidad y paz al yo.</p> <p>Produce paz interna distinta a la euforia.</p> <p>Este sistema se relaciona con el afecto y la bondad, p.ej., cuando un niño está angustiado el amor de los padres lo tranquiliza. Al estar angustiados el afecto y la amabilidad de los demás también nos tranquiliza</p> <p>Actúan a través de los sistemas cerebrales semejantes a las endorfinas y la oxitocina.</p> <p>Las endorfinas y la oxitocina producen la sensación de: ser querido, deseado y estar seguro con los demás.</p> <p>Este sistema es fundamental en el entrenamiento de la compasión.</p>
<p>Relación de los sistemas de Regulación de afectos con diversas conductas</p>	<p>Las conductas de organización y sociabilidad se relacionan con el control y obtención de logros.</p> <p>Las conductas de interacción cálida y afectiva producen conexión social y seguridad en la medida que está apoyada por los demás.</p> <p>Las relaciones sociales de afiliación tranquilizan a los participantes, modifican los umbrales del dolor, afectan el sistema digestivo e inmunitario y operan mediante el sistema oxitocina-opiáceos.</p> <p>La oxitocina disminuye el estrés, de manera que la gente con bajos niveles de oxitocina presenta niveles elevados de estrés.</p> <p>La oxitocina también influye en el procesamiento de las amenazas en la amígdala.</p> <p>Se debe distinguir entre seguridad como protección y seguridad como sentimiento y tranquilidad.</p> <p>Anhedonia social: relacionada con alteraciones psicológicas.</p>
<p>Análisis funcional- evolutivo:</p>	<p>Nuestras emociones negativas (p.ej., ira, ansiedad, enojo, disgusto, tristeza, etc.,) son perfectamente normales, dentro de la expresión de nuestra afectividad. Pueden ser desagradables (como el vómito o la diarrea) pero SON funciones protectoras básicas. Siendo a veces nocivas, no son necesariamente patologías</p> <p>Primero: El cerebro evoluciono para la supervivencia, no para la felicidad. Por lo cual hay una predisposición a las emociones negativas que pudieran bloquear a las emociones positivas.</p> <p>Segundo: El sistema emocional puede funcionar perfectamente, pero nuestra realidad es la problemática. Por ej. Se está deprimido por estar atrapado en una relación amorosa sin amor, es difícil controlar nuestro sistema de estrés-cortisol, entonces se debe aceptar dicha realidad de manera compasiva.</p> <p>Tercero: Nuestras sociedades, sobre estimulan los sistemas de amenaza (desempleo, pobreza, impuestos, ruptura familiar, impuestos, etc.,) como en el de activación (quiero más y necesito más) creándose un conflicto entre nuestra necesidad de comunicación con la comparación social, e manera que se debe contextualizar la problemática de nuestra época que nos impulsa al materialismo y al individualismo.</p>

Hoja 9.1.2 Guía de la estructura del cerebro.

Si no aceptamos que el sufrimiento es inevitable, acabaremos queriendo buscar culpables

Dalai Lama

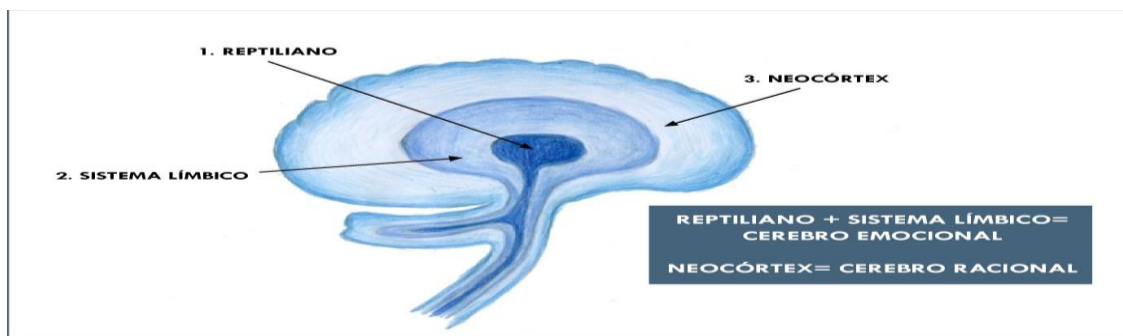
El desarrollo de nuestro cerebro a lo largo de la evolución

Toda persona sana quiere ser feliz. Sin embargo, el hombre ha evolucionado como un ser más, dentro de la gran corriente de la vida en este planeta, y el objetivo principal de todas las especies, tanto a nivel de individuo como de grupo, es la supervivencia. Es decir, el objetivo biológico de cualquier ser vivo es comer y no dejarse devorar por un depredador (para permitir la supervivencia individual) y reproducirse (para conseguir la supervivencia como especie). En este momento de la evolución de la especie humana, esta verdad tan evidente parece haberse olvidado, porque el hombre ha sometido a todos sus depredadores. Pero no hay que olvidar que esto es lo que ha ocurrido durante muchos milenios.

Dado que la supervivencia ha sido el gran objetivo de la especie humana (igual que ocurría para las otras especies), nuestro cuerpo y, sobre todo, nuestro cerebro, estaba específicamente diseñado para esta tarea. Por eso, en este momento histórico de gran desarrollo del ser humano, en el que el planteamiento principal como especie es la felicidad y el bienestar del individuo, nos encontramos con que nuestro cerebro no sólo no nos acompaña, sino que es una de las principales fuentes de sufrimiento. La razón es que nuestro cerebro NO ESTA DISEÑADO PARA SER FELIZ, sino sólo para sobrevivir.

El mejor ejemplo de cómo nuestro cerebro está diseñado para la supervivencia es que tendemos a focalizarnos más en las situaciones negativas que nos ocurren que en las positivas, porque las situaciones negativas se asociaban a la existencia de peligro en la época de los grandes depredadores. Poseemos un sistema de alerta y amenaza muy desarrollado, que se activa fácilmente, y que no podemos desactivar de forma voluntaria, sino que sigue rumiando y preocupándose por el peligro, siendo este el origen de la ansiedad. Los demás animales sólo activan el sistema de alerta cuando están en una situación de peligro y, a diferencia de nosotros, son capaces de desactivarlo inmediatamente en cuanto se encuentran seguros.

La estructura evolutiva de nuestro cerebro



La realidad de la existencia del sufrimiento

La primera de las Cuatro Nobles Verdades en el budismo es “La existencia del sufrimiento”. Todas las religiones han enfatizado esta realidad y han ofrecido formas de afrontar y mitigar el sufrimiento del ser humano. Sin embargo, el desarrollo tecnológico y social de nuestra época, ha llevado a que mucha gente piense que el sufrimiento podría llegar a ser evitado y erradicado, lo cual es una falacia.

En la terapia basada en mindfulness se acepta esta realidad del sufrimiento y se consideran que existen dos tipos claramente diferenciados:

- **DOLOR PRIMARIO:** Es inevitable y lo experimentamos porque es consustancial a la naturaleza humana, por lo que debemos aceptarlo (aquí aceptar no significa resignación, y sí aceptar su realidad sin rechazarlo, creando un espacio para respuestas más funcionales y adecuadas). Incluye el sufrimiento producido por el envejecimiento, la enfermedad y la muerte, tanto propia como la muerte de los seres queridos.

- **SUFRIIMIENTO SECUNDARIO:** Es evitable. Nos lo generamos nosotros por no aceptar la realidad del sufrimiento primario. Un ejemplo de este sufrimiento sería, tras la muerte de un ser querido (que obviamente nos va a producir un importante sufrimiento primario porque le queremos), pensar que nadie nos querrá nunca tanto como esta persona, que nuestra vida sin esa persona ya no tendrá sentido y hacer un duelo patológico que nos llevara a una depresión crónica. El duelo normal por la muerte del ser querido es sufrimiento primario inevitable, el duelo patológico con depresión crónica asociada, es sufrimiento secundario evitable.

Conclusiones:

- Nuestro cerebro no está desarrollado para la felicidad, sino para la supervivencia.
- Esta es la razón por la que nuestro cerebro presta mucha más atención a las situaciones negativas que a las positivas, y dispara nuestro sistema de alerta, porque eso era lo necesario para la supervivencia en la época de los grandes depredadores.

- Existen tres grandes etapas evolutivas de nuestro cerebro asociadas a diferentes funciones y características; desde un cerebro más primitivo como el reptiliano y el paleomamífero, hasta uno mucho más evolucionado como el neomamífero que ha generado dificultades en la integración de nuestra especie

- En mindfulness se consideran que existen dos tipos de sufrimiento claramente diferenciados: a) PRIMARIO: Inevitable y consustancial a la naturaleza humana (el producido por el envejecimiento, la enfermedad y la muerte, tanto propia como de los otros seres queridos), b) SECUNDARIO: Es evitable y lo generamos nosotros por no aceptar la realidad del dolor primario.

- Comprender la realidad del sufrimiento es imprescindible para experimentar compasión. Pero hay que tener claro que la compasión (al igual que mindfulness) no nos va a librar de todo el sufrimiento, porque el primario es inevitable.

Nota. Tomado de Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego (Campayo et al., 2016)

9.5.3. Actividad 3: Realizar un análisis de conceptos básicos sobre la terapia: culpa, autocrítica, autocompasión y el perdón.

Continuando con las actividades y las estrategias para la recapitulación, análisis y fijación de conceptos básicos de la terapia, se dirigirá la actividad desde la técnica del debate, procurando así un intercambio informal de ideas e información sobre los mencionados conceptos, realizado en este caso por el AI bajo la dirección del terapeuta. En el debate se presentan posiciones contrarias alrededor de un tema debiendo cada participante defender su punto de vista mediante la lógica, reflexión y la argumentación correcta. El uso del debate favorece la reflexión y la exposición organizada y coherente de los argumentos propios, así como el estímulo de la capacidad crítica, desarrollando la competencia de pensamiento crítico y reflexivo (Woolfolk, 2010)

9.5.4. Actividad 4: Retroalimentación de los conceptos principales adquiridos.

Para finalizar la sesión se procede con la evaluación pertinente, haciendo uso de las preguntas propuestas, es importante realizar un feedback de los principales temas trabajados en la sesión.

9.6. Preguntas de evaluación

1. Actuar de forma impulsiva conlleva un fallo en el establecimiento de límites autoimpuestos para aprender a regular nuestra forma de comportarse en cuanto a lo que pensamos (VERDADERO)
2. La regulación del afecto es el proceso de elaborar estados mentales automáticos de acuerdo con un sentido de pertinencia a cada evento (FALSO)
3. Los afectos son estados mentales que pueden ser experimentados subjetiva o inconscientemente (VERDADERO)

Sesión 10: Desarrollo de tareas terapéuticas: control del pensamiento y generación de

alternativas.

10.1. Objetivos Específicos.

Aprender las principales técnicas terapéuticas utilizadas por la CFT.

10.2. Procedimientos y Contenidos.

Se inicia la sesión con un abordaje general de lo que significan las técnicas psicoterapéuticas. Se establece el propósito de su ejercicio y los objetivos que se plantea conseguir con la aplicación de cada una de ellas. De forma dinámica se procede a explicar las técnicas de la CFT y se centraliza en el control del pensamiento y la generación de alternativas. Y finalmente se procede a evaluar su aprendizaje.

10.3. Actividades.

1. Dar apertura a la sesión (Saludo).
2. Realizar un abordaje didáctico de las técnicas señaladas anteriormente.
3. Elaboración del afrontamiento compasivo.
4. Realizar la síntesis y retroalimentación de los conceptos principales adquiridos.

10.4. Material.

Hoja 10.1.1. Del afrontamiento compasivo.

10.5. Desarrollo de la Sesión

10.5.1. Actividad 1: apertura.

Se procederá al saludo e inicio de la sesión como en ocasiones anteriores.

10.5.2. Actividad 2: abordaje didáctico de las técnicas expuestas anteriormente

En esta actividad, haciendo uso de herramientas didácticas se realiza la respectiva explicación de las técnicas de control del pensamiento y generación de alternativas.

Para el control del pensamiento (Ramirez, 1977) o de forma más concreta para el control de las preocupaciones, inicialmente se debe determinar cuál o cuáles ocurren con mayor frecuencia durante el día. Después, establecidas las diferentes cogniciones y/o sus categorías

se pide al adolescente que al darse cuenta de la ocurrencia del pensamiento en cuestión, observe en su reloj el momento de iniciación y el momento de su terminación, advirtiéndoles que se entiende por terminación la interrupción producida por algún estímulo externo o interno. Se les instruye igualmente que no traten de cortar el curso del pensamiento con controles como "no debo pensar más en ello", y otros al estilo de mandos verbales aplicados por el propio individuo. Cada pensamiento debía ser anotado por escrito en el momento de su ocurrencia, de forma que se realiza un autoregistro de este tipo de cogniciones. Finalmente se plantea un proceso de análisis que responde a las preguntas: ¿Qué significa en contenido el pensamiento? ¿Cuál es su impacto afectivo?, ¿Por qué se produce? ¿Qué puedo hacer al respecto? ¿Cuándo iniciaré acciones?

Por otro lado, en el caso de la generación de alternativas se utiliza la técnica de solución de problemas sociales (D'Zurilla & Nezu, 1999) como el proceso cognitivo-conductual auto-dirigido mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para situaciones problemáticas específicas encontradas en la vida diaria. Consiste en tener una orientación positiva a los problemas, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, puesta en práctica de la solución y verificación. El terapeuta debe ser hábil para ilustrar las relaciones y centrarse en los eventos conflictivos del AI.

10.5.3. Actividad 3: elaboración del afrontamiento compasivo

Previo al uso del Anexo 10: Práctica del Afrontamiento Compasivo, se realiza una introducción de lo que implica la actividad y los objetivos que se pretenden con la realización de la actividad. Es decir, que se comprenda que la actividad persigue la aplicación compasiva; 1) Tomando conciencia del sufrimiento/problema, 2) Reconociendo el sufrimiento como experiencia humana, 3) Comprendiendo que el sufrimiento tiene principio y fin, 4) Realizando un compromiso con mi autocuidado en lugar de ignorar mi sufrimiento/dolor.. A continuación,

se presenta (Véase Hoja 10.1.1.) el modelo adjunto para realizar la actividad.

Hoja 10.1.1. Práctica del afrontamiento compasivo.

Esquema a utilizar en la práctica del afrontamiento compasivo ante las dificultades

Nombre.....

1.- Tomar conciencia del sufrimiento (mindfulness): reconocer la experiencia con aceptación (esto duele, lo estoy pasando mal)

.....
.....

2 – Reconocer que el sufrimiento es común a todos los seres humanos (humanidad compartida), estas dificultades en particular y el sufrimiento en general son parte de una experiencia humana compartida por el hecho de estar vivo (mucha gente ha experimentado sufrimientos similares anteriormente, los sufre ahora y los experimentará en el futuro)

.....
.....

3 – Dialéctica de todos los fenómenos mentales (en éste caso el sufrimiento), como cualquier otra experiencia en la vida, acabará pasándose (esto pasará, como todo en la vida)

.....
.....

4. - Compromiso con mi autocuidado (auto-compasión): en lugar de ignorar mi propio dolor o autocastigarme, voy a quererme y a cuidarme hasta que pase este dolor (ahora lo razonable es cuidarme hasta que todo esto pase y me encuentre mejor)

.....
.....

f.....

Lugar y fecha.....

Nota. Tomado de Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego (Campayo et al., 2016)

10.5.4. Actividad 4: Realizar la síntesis y retroalimentación de los conceptos principales

Al final de la sesión se procede a la respectiva retroalimentación de los contenidos, guiados por los objetivos de la sesión, y al cierre con las preguntas de evaluación adjuntas

10.6. Preguntas de evaluación

1. El control de pensamiento posibilita que las emociones positivas florezcan en la persona (VERDADERO)

2. La generación de alternativas facilita la resolución de problemas (VERDADERO)

3. Las distintas técnicas compasivas que utilizan la imaginación sirven para desarrollar habilidades de autocontrol personal antes, durante y después de una situación que genere baja autoestima (FALSO)

Sesión 11: Explorar bloqueos y dificultades.

11.1. Objetivos Específicos.

Identificar las respuestas de defensa frente a la vergüenza interna y externa.

11.2. Procedimientos y Contenidos.

Una vez reconocidas algunas técnicas de la CFT, se procede a describir lo que es la vergüenza y sus diferentes tipos o elementos como: vergüenza internalizada, vergüenza externa y humillación. Traumas relacionados con la vergüenza de exclusión y vergüenza por la intrusión.

11.3. Actividades.

1. Dar apertura a la sesión (Saludo).
2. Ofrecer una descripción de conceptos como la vergüenza y sus diferentes tipos.
3. Brindar una explicación del formulario de sustitución de la vergüenza por la voz compasiva.
4. Realizar una síntesis de lo aprendido durante la sesión.

11.4. Material.

Hoja 11.1.1. Práctica de sustituir la vergüenza por la voz compasiva.

11.5. Desarrollo de la Sesión

11.5.1. Actividad 1: apertura

Para esta nueva sesión, una vez realizados los preliminares habituales se promueve una breve tormenta de ideas acerca de la vergüenza. De esta forma se pretende que surja un hilo conductor que de paso a la siguiente actividad relacionada con la definición de la vergüenza y sus diferentes tipos.

11.5.2. Actividad 2: descripción de conceptos como la vergüenza y sus diferentes tipos.

Para esta actividad, se parte desde las aportaciones personales del AI sobre los conceptos de la vergüenza. A partir de ahí se aclaran las diferencias entre distintas las distintas emociones abordando la vergüenza, la culpa y la humillación. Así se comienza la actividad preguntando al adolescente ¿Cómo defines la vergüenza? y posteriormente se van describiendo dichos conceptos viendo sus diferencias, como se describe a continuación.

La vergüenza y la humillación están en función de un Yo y su defensa. Por su parte la culpa se relaciona con la propia conducta, la conciencia de daño al otro y el deseo de reparar este daño. Recordemos que la vergüenza, la humillación y la culpa van a tener cada uno un punto de interés, distintos tipos de pensamiento y diferentes conductas. Mientras que la vergüenza no es deseable y lo mismo que ocurre con otras emociones, tenemos que aprender a hacerle frente y tolerarla. Los sentimientos de vergüenza y humillación que se refieren a sentirse atacado o ser vulnerable no suelen tener ninguna utilidad y pueden llevar a conductas defensivas y destructivas como las descritas en las características propias de los adolescentes infractores.

En contraste con la culpa, que es una emoción relacionada con la responsabilidad por la propia conducta, que incluye hacer rectificaciones y que, aprendiendo a tolerar, analizar y canalizar las conductas, favorece a un proceso de readaptación conductual. A veces si uno fue

desagradable o causó algún prejuicio a los demás es importante cambiar las vivencias basadas en la vergüenza, por otras basadas en la culpa, es decir la conciencia del daño.

Como regla general, se propone observar hacia dónde se dirige la atención, emparejamos los pensamientos, y descubrimos lo que se quiere hacer para aprender a entender la culpa y convertir acciones dañinas dirigidas por la vergüenza centradas en el propio yo y las encauzamos de otra manera. Se anima al grupo a poner ejemplos de su vida cotidiana con estas emociones y su forma de manejarla.

11.5.3. Actividad 3: Formulario de sustitución de la vergüenza por la voz compasiva.

Con la síntesis anterior se procede a realizar la práctica guiada, con la ayuda de la Hoja 11.1.1. Práctica de sustituir la vergüenza por la voz compasiva.

<p>PRÁCTICA DE SUSTITUIR LA VERGÜENZA POR LA VOZ COMPASIVA</p> <p>Nombre</p> <p>Se estructura en tres pasos.</p> <p>PRIMER PASO: hacerse consciente. Para ello, en la práctica formal, identificamos una situación reciente (últimos 6-12 meses) en la que nos hallamos sentido mal. Reacomponemos la escena hasta evocar la emoción DE VERGÜENZA que sentíamos en aquel momento, y le ponemos nombre (miedo, rabia, ira, etc.).</p> <p>Es importante identificar las palabras exactas que usa la EMOCIÓN que traduce vergüenza.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>...</p> <p>SEGUNDO PASO: respondiendo con voz compasiva.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>TERCER PASO: apoyarse en el gesto compasivo para desarrollar compasión.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>F.....</p> <p>Lugar y fecha.....</p>

Nota. Tomado de Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego (Campayo et al., 2016)

11.5.4. Actividad 4: Retroalimentación de los conceptos principales adquiridos.

Al final de la sesión se procede a la respectiva retroalimentación de los contenidos, guiados

por los objetivos de la sesión, y al cierre con las preguntas de evaluación adjuntas

11.6. Preguntas de evaluación

1. Sólo las personas con trastornos psicológicos padecen de vergüenza (FALSO).
2. Experimento vergüenza exclusivamente en situaciones en las que otras personas me ofenden o molestan (FALSO)
3. Los pensamientos que tengo cuando siento vergüenza suelen ser pensamientos buenos que aparecen porque no valgo nada (FALSO)

Sesión 12: Trabajo de Grupos: Reafirmación de los contenidos desarrollados en la fase dos.

12.1. Objetivos Específicos.

1. Debatir colectivamente las características principales de los sistemas de regulación emocional y su interacción.
2. Posibilitar colectivamente la comprensión del funcionamiento de la mente compasiva.

12.2. Procedimientos y Contenidos.

Inicialmente se ejecutará una dinámica para ambientar y fomentar la participación de los adolescentes como grupo. Posteriormente se tomará unos minutos para ofrecer una explicación de la temática a desarrollar en la sesión actual, y de ser necesario, resolveremos dudas que hayan surgido con respecto a lo visto en cada una de las sesiones individuales desarrolladas (Fase 2).

En esta sesión, se pretende consolidar y generalizar los conocimientos desarrollados en las sesiones individuales: descubrir la importancia de la influencia del entorno, presencia de miedos y necesidades no satisfechas, fomentar la importancia de lugar seguro como estrategia de control de ansiedad, comprender la regulación de afectos y potencializar el sistema de confortamiento para el control de emociones.

Para finalizar la sesión, se les pedirá a los AI que en el formato de evaluación se registren

si comprendieron los temas desarrollados en las primeras cuatro sesiones, los temas más importantes que consideran se han tratado. También se anotarán las dificultades que han logrado identificar y posibles sugerencias para elevar la calidad del programa.

12.3. Conceptos Claves.

Vergüenza: Es la posición de lasitud y timidez que experimenta un sujeto al verse en una situación que resulta poco tolerante para su sistema emocional (Gilbert, 2015).

Humillación: condición en la que un individuo se siente atacado o vulnerable de alguna manera, donde puede conllevar a conductas defensivas y destructivas (Gilbert, 2015)

Sistemas de regulación emocional: es una estructura compleja que regula el procesamiento de las emociones, las cuales direccionan nuestras motivaciones y metas (Gilbert, 2015).

Funcionamiento del cerebro: son procesos mentales que controlan procesos psíquicos básicos como la atención, lenguaje, memoria, y se encuentran integradas entre sí (Conde et al., 2005).

12.4. Actividades.

1. Dar apertura la sesión (Saludo).
2. Dinámica de ambientación
3. Explicación de los sistemas de regulación de afectos
4. Retroalimentación de lo aprendido en la sesión.
5. Evaluación escrita de conocimientos adquiridos durante fase 2.

12.5. Material.

Hoja 12.1.1. Dinámica “Me llamo y me gusta”.

Diapositivas: Sistema de Regulación emocional y el funcionamiento del cerebro. Consiste en un material elaborado al efecto para esta investigación y que se puede descargar del siguiente enlace

https://mega.nz/file/2EkjxCSL#sBAjD4st7iPS7RIm29F50TPZxNqJvJNsPMc_ETExzRI

Hoja 12.1.2. Ejercicio de “Carta a los Padres”.

Hoja 12.1.3. Formato de evaluación.

12.6. Desarrollo de la Sesión

12.6.1. Actividad 1: Apertura

Al inicio de la sesión grupal, se propone la siguiente interrogante ¿El sentido de responsabilidad corresponde al hecho de asumir las consecuencias generadas por un acto?, las diferentes respuestas que ofrezca el AI servirán de brújula a conducir el desarrollo de las actividades subsecuentes.

12.6.2. Actividad 2:

Se utiliza la dinámica “Me llamo y me gusta”, intentando sobre todo cohesionar el grupo con la superación de la tarea interviniendo todos los presentes. En primer lugar, se explica que la dinámica consiste en utilizar su nombre y algún aspecto o actividad que le guste realizar anteponiendo las palabras "Me llamo..... y me gusta.....", se realizará un ejercicio modelo y se aplica. Finalmente se realiza preguntas de forma general sobre las percepciones de la dinámica, su dificultad en aprender los nombres o cualquier inquietud que se presente. El Psicoterapeuta es copioso en los elogios o frases de satisfacción.

Hoja 12.1.1. Dinámica me llamo y me gusta.

Objetivo: Permitir al coordinador conocer información sobre los integrantes del grupo que considere necesario. Que los miembros conozcan de cada uno aspectos talvez desconocidos.

Procedimiento General.

La primera persona se presenta diciendo: "Me llamo..... y me gusta.....", a la vez que se simula con gestos. Después el compañero de la derecha, repetirá el nombre y la acción mencionados. Después se presentará del mismo modo. Se continuará repitiendo los nombres y las acciones desde la primera persona.

Pasos a seguir:

-Lugar: Se debe delimitar un ambiente calmado y amplio.

-Primera indicación: El facilitador da la indicación de que todos los participantes hagan un círculo para que cada uno realice una presentación.

-Explicación de la dinámica: El facilitador explica la dinámica y cuál es el objetivo.

-Ejemplo de la dinámica: El facilitador hace una demostración con uno o dos participantes interactuando entre él y los dos más. De igual forma se repite una o dos veces sin la guía del facilitador para comprobar si se comprendió.

-Desarrollo: El facilitador inicia diciendo su nombre (Me llamo... Y me gusta...) y deberá indicar una acción que le guste hacer (saltar, reír, dormir,...) a la vez que se simula con gestos. Después el compañero de la derecha, repetirá el nombre y la acción de la primera persona "él/ella se llama..... y le gusta.....". Después se presentará del mismo modo. Se continuará repitiendo los nombres y las acciones desde la primera persona.

-Culminación: El facilitador culmina la dinámica con frases de satisfacción, elogio. Elabora preguntas de forma general sobre las percepciones de la dinámica, su dificultad en aprender los nombres o cualquier inquietud que se presente.

Nota. Adaptado de Fridman, S. & Borrás, M. (2019).

12.6.3. Actividad 3: Explicación de los sistemas de regulación de afectos y el diagrama del cerebro.

Haciendo uso de las diapositivas proyectadas se procede a la explicación grupal del tema,

12.6.4. Actividad 4: Carta a los padres.

Se invita a los adolescentes a la escritura de una carta dirigida a sus padres, donde podrán expresar de manera escrita y guiada, lo que sienten y piensan al paso y evolución del proceso de rehabilitación (terapéutico). Se trata de la escritura de una carta constituida de tres pasos:

1) destacar los aspectos positivos, las emociones desarrolladas y el ser gratos por haber vivido dichos momentos; 2) destacar los aspectos negativos, las emociones desarrolladas y cómo nos hubiese gustado que fuesen las cosas; y 3) Comprendemos la humanidad de nuestros padres, reflexionamos sobre la posibilidad de equivocarse y les perdonamos si así se lo decide. El

objetivo de ésta actividad es entender la influencia de la relación con los padres, su influencia en la situación actual y la posibilidad de mejorarla, si fuera posible.

Hoja 12.1.2. Carta a los Padres.

Anverso

PRACTICA DE LA CARTA A LOS PADRES

Nombre

Se estructura en tres pasos.

PRIMER PASO: Se empieza recordando los buenos momentos, los aspectos positivos, las situaciones de cuidado y cariño que vivimos con ellos, y agradecemos profundamente ese afecto.

SEGUNDO PASO: Recordamos alguno de los momentos malos con nuestros padres: abandono, incomprensión, castigo (en casos extremos, maltrato). Describimos cómo nos sentimos y cómo nos hubiese gustado que fuesen las cosas.

TERCER PASO: Pese a los malos momentos, entendemos que nuestros padres lo hicieron lo mejor que supieron y pudieron. Ellos no eran completamente dueños de sus acciones, sino que estaban fuertemente influidos por sus circunstancias (desde su biografía, hasta enfermedades, pasando por sus experiencias de ese momento). Sentimos que podemos perdonarles y recuperar los buenos momentos vividos juntos, aunque esto es independiente de que podamos decidir no verlos más.

F.....

Lugar y fecha.....

Reverso

Carta a los padres: Los padres (o los cuidadores sustitutivos si estos no estuvieron) son la figura de apego por excelencia y la relación con ellos constituye el modelo que usaremos, de forma inconsciente y repetitiva, en las demás relaciones interpersonales. Entender el tipo de relación de cuidado que mantuvimos con nuestros padres nos va a ayudar a entender cómo funcionamos en el momento actual y qué aspectos podemos intentar modificar para disminuir nuestro sufrimiento. Las relaciones con los padres casi siempre son conflictivas. Se calcula que incluso los padres más competentes, durante el 50% del tiempo no están accesibles para sus hijos por motivos de trabajo, cuidado de la casa, temas personales, etc. La demanda de afecto de los hijos es ilimitada, pero la disponibilidad de los padres no lo es. Independientemente del tiempo dedicado, la capacidad de dar seguridad y afecto o de entender los sentimientos de los hijos, es muy variable, no sólo entre personas, sino a lo largo de la vida para una misma persona. El objetivo de las prácticas de compasión no es buscar culpables, sino identificar las emociones que hemos tenido en la infancia, el impacto que tienen ahora en nuestro modelo de relaciones y modificar lo que nos hace sufrir. Ya hemos dicho que la carta es una forma de escritura expresiva y que se sabe que es eficaz desde el punto de vista terapéutico. La descripción de sucesos conflictivos, desde una perspectiva terapéutica (en este caso, compasiva), ayuda a la integración y asimilación de dichas experiencias. Se utiliza también como una tarea para casa, como una práctica informal. En la carta uno puede expresar a sus padres (juntos o por separado) las principales emociones que nos hicieron sentir de pequeños, buenas y malas. Da igual que nuestros padres estén vivos o muertos, porque esta práctica puede ayudarnos a librarnos de cualquier resentimiento que pudiésemos tener hacia ellos. Debe quedar claro que esta reconciliación es, principalmente, con nuestros padres internos (la figura que tenemos de nuestros padres en nuestro interior, seguramente congelada en las características que tenían en la época infantil). No hace falta (y a veces es contraproducente. por ejemplo, en casos de maltrato) que esta reconciliación se produzca con los padres de una forma real si no hay deseo por parte de ellos de hacerlo. Esta reconciliación interna es independiente de que si hay temas legales con los padres (p. ej.: situaciones de maltrato), se recomienda que sigan adelante y no se anulen por esto. Esta reconciliación es con nuestros padres internos, con las emociones negativas que nos producen, no necesariamente con los padres reales.

Nota. Adaptado Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego (Campayo et al., 2016)

12.6.5. Actividad 5: Evaluación escrita de conocimientos adquiridos durante fase 2.

Para la evaluación se hará uso del formato previsto, se entregará a cada adolescente un impreso para la actividad.

12.7. Preguntas de evaluación

Hoja 12.1.3. Formato de evaluación.

Incluir texto para introducir esta evaluación y describirla brevemente

EVALUACIÓN 2

Sesión Grupal 2.

Nombre:.....Fecha.....

Componentes cognoscitivos:

Identifique escribiendo su Lugar Seguro.	
¿Cómo explicar la violencia desde el cerebro antiguo?	
¿La vergüenza existe en todas las personas? Y ¿Para qué sirve?	

Componentes Organizativos

Dificultades.	
Sugerencias.	
Observación.	

F.....

Lugar y fecha.....

Fase 3: Profundización de logros obtenidos o de consolidación. (2 semanas)

Introducción a la fase

Comprende la preparación de los participantes para el cierre del proceso terapéutico, utilizando la retroalimentación para reforzar los conocimientos ofrecidos a los AI., procurando profundizar y moldear en el caso de ser necesario. Además, es importante hacer notar la diferencia actual en el comportamiento de los participantes, en comparación con el comportamiento y actitudes al inicio del programa. Se debe considerar su postura, el modo de expresarse, su estado emocional, la disposición, el nivel de colaboración con el equipo de trabajo puesto que determinarán la eficacia de los resultados que ofrece el proceso.

Se tomará en consideración aquellos factores que representan un riesgo para el mantenimiento de la rehabilitación de los AI (p.ej. desintegración familiar, consumo de sustancias, deserción escolar, etc.), lo cual servirá como elemento de análisis en la intervención grupal cuyo objetivo es promover un sentido de vida positivo direccionado hacia el futuro, centrado en los nuevos conocimientos adquiridos y técnicas aprendidas en situaciones de estrés.

Planteamiento y justificación.

En esta fase se pretende reafirmar los conocimientos obtenidos y generados durante todo el proceso de intervención, además de posibilitar su permanencia y fijación durante el mayor tiempo posible en la vida del adolescente, dentro y fuera del CAI.

Formulaciones.

Prevención de recaídas y generabilidad de los cambios.

Objetivos Generales.

Evaluar factores de protección y reincidencia en las conductas delictivas, considerando

elementos correctivos.

Sesión 13: Analizar el progreso en las tareas, ajustar intervenciones terapéuticas.

13.1. Objetivos Específicos.

Evaluar el avance y progreso del adolescente en la tarea de desarrollar la compasión

13.2. Procedimientos y Contenidos.

Desarrollados los temas centrales de la Terapia de la Compasión y reafirmada dicha temática en el trabajo de grupo, se debe insistir sobre el conocimiento del sistema de confortamiento, como también el control del sistema de amenazas e incentivos. Se trata de catalizar el avance de la psicoterapia en este momento, previo a la finalización de la terapia.

13.3. Actividades.

1. Apertura.
2. Reafirmación del conocimiento relacionado con los Sistemas de regulación emocional.
3. Deliberación sobre el impacto de la teoría y ejecución de la intervención en el AI.
4. Práctica de lectura y posterior análisis del tema "Yo soy yo".
5. Síntesis y retroalimentación de los conceptos principales.

13.4. Material.

Hoja 13.1.1. Lectura: "Yo soy yo"

13.5. Desarrollo de la Sesión

13.5.1. Actividad 1: Apertura.

Tras el afectuoso saludo se inicia la sesión, después de revisar la actividad complementaria de la sesión anterior, tratando que los AI comprendan lo importante del esfuerzo y aplicación de las técnicas aprendidas.

13.5.2. Actividad 2: Reafirmación del conocimiento relacionado con los Sistemas de regulación emocional.

Para esta nueva sesión, se invita a expresar su criterio personal sobre los puntos básicos de la CFT. Se delimita el diálogo concentrando el tema de interés en los sistemas de regulación emocional y como utilizar dichos recursos para el enfrentamiento de los hechos que acontecen en la vida diaria.

13.5.3. Actividad 3: Deliberación sobre el impacto de la teoría y ejecución de la intervención en el AI.

Mediante el diálogo socrático se busca dimensionar los efectos de la prevalencia del sistema de confortamiento en desmedro del sistema de amenaza y autoprotección. Con los efectos provocados y la implicación de disminuir la tensión y el desasosiego que posibilitan conductas inadecuadas y la búsqueda de emociones poco equilibradas.

13.5.4. Actividad 4: Práctica de lectura y posterior análisis del tema "Yo soy yo".

Haciendo uso del material de apoyo "Yo soy yo", se promueve la toma de decisiones, independencia y elevación de la autoestima para promover la consolidación de los cambios.

Mi Declaración de Autoestima por Virginia Satir
"Yo soy yo"

En todo el mundo no hay nadie como yo.

Hay personas que tienen algo en común conmigo, pero nadie es exactamente como yo. Por lo tanto, todo lo que surge de mí es verdaderamente mío porque yo solo/a lo escogí.

Soy dueño/a de todo lo que me concierne: de mi cuerpo, incluyendo todo lo que hace; de mi mente, incluyendo todos sus pensamientos e ideas; de mis ojos, incluyendo las imágenes de todo lo que contemplan; de mis sentimientos, sean los que sean, ira, gozo, frustración, amor, desilusión, excitación; de mi boca y de todas las palabras que de ella salen, corteses, tiernas o rudas, correctas o incorrectas; de mi voz, fuerte o suave y de todas mis acciones, ya sean para otros o para mí mismo/a. Soy dueño/a de mis fantasías, mis sueños, mis esperanzas, mis temores. Soy dueño/a de todos mis triunfos y logros, de todos mis fracasos y errores.

Como soy dueño/a de todo mi yo, puedo llegar a conocerme íntimamente. Al hacerlo, puedo amarme y ser afectuoso/a conmigo en todo lo que me forma. Puedo así hacer posible que todo lo que soy trabaje para mi mejor provecho. Sé que hay aspectos de mí mismo/a que me embrollan y otros aspectos que no conozco. Mas mientras siga siendo afectuoso/a y amoroso/a conmigo mismo/a, valiente y esperanzado/a, puedo buscar las soluciones a los embrollos y los medios para llegar a conocerme mejor.

Sea cual sea mi imagen visual y auditiva, diga lo que diga, haga lo que haga, piense lo que piense y sienta lo que sienta en un instante del tiempo, ese/a soy yo. Esto es real y refleja donde estoy en ese instante del tiempo. Más tarde, cuando reviso cual era mi imagen visual y auditiva, que dije y que hice, que pensé y que sentí, quizás resulte que algunas piezas no encajen. Puedo descartar lo que no encaja y conservar lo que demostró que si encaja. E inventar algo nuevo en vez de lo que descarte. Puedo ver, oír, sentir, pensar, decir y hacer. Tengo las herramientas para sobrevivir, para estar cerca de otros, para ser productivo/a, y para encontrar el sentido y el orden del mundo formado por la gente y las cosas que me rodean.

Soy dueño/a de mí mismo/a, y por ello puedo construirme.

Yo soy yo y estoy bien.

Nota. Tomado del libro Autoestima (Satir, 1975)

13.5.5. Actividad 5: Síntesis y retroalimentación de los conceptos principales.

Terminando la sesión, se procede a la respectiva retroalimentación de los contenidos, guiados por los objetivos de la sesión, y al cierre con las preguntas de evaluación.

13.6. Preguntas para evaluación

1. El sistema de amenaza o autoprotección, cuando se activa promoverá siempre las mismas reacciones en la persona, sin que se pueda hacer algo al respecto (FALSO).
2. Durante la reacción a la amenaza se generan las emociones de miedo, ira, ansiedad, o

sumisión, que nos ayudan en la tarea de evitar la exposición al evento traumático (VERDADERO).

3. La CFT tiene como objetivo reconocer las emociones y sentimientos propios, hacer uso de la compasión con uno mismo, lo que guía en un camino de autoconocimiento para la superación de conflictos internos (VERDADERO).

Sesión 14: Preparación para el final

14.1. Objetivos Específicos.

Planificar la práctica de la compasión a lo largo de la vida.

14.2. Procedimientos y Contenidos.

En la presente sesión, luego de ajustar los puntos desarrollados en las sesiones anteriores, vamos a continuar cultivando la necesidad de mantener el compromiso y la actitud de desarrollar una mente compasiva (propósitos, metas e ideales en la vida del adolescente) como un objetivo vital así como también identificar las posibles situaciones individuales que lo alejen de dicho propósito.

14.3. Actividades.

1. Saludo.
2. Evaluación y contraste del Proyecto de vida del AI.
3. Deliberación sobre posibles eventos que obstaculicen dicho propósito y posibles respuestas.
4. Practica audio de voz Metta:
https://www.ivoox.com/metta-audios-mp3_rf_10127199_1.html
5. Síntesis y retroalimentación de los conceptos principales.

14.4. Material.

Hoja 14.1.1. Proyecto de Vida.

Audio 14.1.1. Práctica de Metta (Master en mindfulness, 2016).

https://www.ivoox.com/metta-audios-mp3_rf_10127199_1.html

14.5. Desarrollo de la Sesión

14.5.1. Actividad 1: Saludo.

Se da apertura a la sesión dando la bienvenida al paciente, mediante la técnica de la entrevista y observación se procede a la evaluación de su estado actual y su predisposición.

14.5.2. Actividad 2: Aplicación, evaluación y contraste del Proyecto de vida del AI.

Del proyecto de vida elaborado por el AI se realiza la revisión del contenido, para determinar su veracidad y la posibilidad de ser llevado a cabo, Se debe verificar si sus ideales están en sintonía con el programa realizado y el nivel de productividad. El proyecto de vida debe tener objetivos y metas claras, como también debe ser a corto plazo para poder realizar (si fuera el caso) el monitoreo y seguimiento. Para su aplicación se utiliza la Hoja 14.1.1.

Hoja 14.1.1. Proyecto de Vida.

CONSTRUYENDO MI PLAN DE VIDA
La elaboración de un proyecto de vida parte de una visión integral de la o el adolescente, considerándolo como un ser individual y social que cuenta con destrezas, habilidades y sentimientos que le permiten construir su autonomía, actoría e inclusión social.
MI PLAN O PROYECTO DE VIDA
Mi nombre es: _____
Mi edad: _____
AUTO-RETRATO
Cuenta una historia que conoces de algún amigo (a) o familiar, en un día normal.

AUTO-CONOCIMIENTO
Experiencias importantes y sentimientos sobre su historia personal (Realizar línea de vida en el tiempo)

PLAN DE VIDA	
¿Cuál es tu sueño?	
<hr/>	
<hr/>	
Nombre o firma de la o el adolescente	Nombre o firma de vínculo familiar o afectivo
Parentesco:	

Nota. Tomado del Modelo de atención Integral Socio-Psico-Pedagógico. Para ser aplicado en los Centros de Internamiento de Adolescentes Infractores (Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, 2015)

14.5.3. Actividad 3: Deliberación sobre posibles eventos que obstaculicen dicho propósito y posibles respuestas.

Mediante técnicas directivas y no directivas (sondeo, paráfrasis, resumen, preguntas, entre otras.) y la observación, se realiza una evaluación clínica para determinar factores de riesgo que obstaculicen el proceso, y predispongan a largo plazo al AI a problemas de carácter social, personal, familiar. Mediante preguntas y sus consecuentes respuestas se considera su capacidad de resolución de conflictos con las técnicas aprendidas durante el programa.

14.5.4. Actividad 4: Practica con audio Metta.

Se procede a dar una explicación sobre el audio a presentar, la utilidad de este, la postura necesaria de adoptar para la vinculación con el contenido del audio.

14.5.5. Actividad 5: Síntesis y retroalimentación de los conceptos principales.

Se realiza una recapitulación de lo aprendido en la sesión, se repasan los conceptos explicados y procedimiento de la técnica, con la finalidad de evaluar los aprendizajes del paciente y su estado actual de recuperación.

14.6. Preguntas de evaluación

1. Emparejar los sucesos significativos de mi vida con respuestas emocionales, genera un

espacio para la reflexión (VERDADERO).

2. Dependiendo de la situación en la que me encuentre y de cómo sea mi nivel de ira, vergüenza o miedo, algunas estrategias para controlarlas van a ser más eficaces que otras (VERDADERO).

3. Con el análisis de consecuencias personales, en relación con mi conducta delictiva, he comprobado que, a corto plazo las consecuencias suelen ser positivas (obtengo lo que quiero) pero, a largo plazo, negativas (deterioro de relaciones con los demás, problemas legales, etc.) (VERDADERO).

Sesión 15: Trabajo de Grupos

15.1. Objetivos Específicos.

1. Potencializar el uso de las técnicas desarrolladas durante la intervención individual, favorecida por la interacción grupal.

2. Promover un sentido de vida positivo y direccionado al futuro superando al pasado.

15.2. Procedimientos y Contenidos.

Se realiza un breve diálogo y nueva presentación de cada uno de los participantes cambios realizados en uno mismo a partir de la intervención, señalamiento y resolución de dudas con respecto a temas, tareas y/o contenidos. Se motiva la práctica de la mente compasiva y finalmente se visualiza la vida en el futuro, con la práctica de la compasión y autocompasión y los posibles logros o metas a conseguir.

Se tratará principalmente de crear un ambiente cálido, que fomente la participación de los adolescentes que desencadene la expresión libre de sus vivencias, anécdotas y expectativa del uso que le pueden otorgar a la CFT.

15.3. Conceptos Claves.

Sistemas de regulación emocional: es una estructura compleja que regula el procesamiento de las emociones, las cuales direccionan nuestras motivaciones y metas (Gilbert, 2015).

Yo compasivo: es una práctica utilizada en la CFT, donde se invita a neutralizar la vergüenza, generar pensamientos basados en sabiduría y cuidados con uno mismo y los demás, confianza y aceptación incondicional (Gilbert, 2015).

Mente compasiva: es un estado en el que gradualmente una persona se siente inmersa cuando se encuentra frente a alguien o algo (persona, animal o cosa) que le evoca sentimientos de compasión (Germer & Simón, 2011).

15.4. Actividades.

1. Saludo.
2. Presentación.
3. Dinámica de ambientación.
4. Participaciones individuales exponiendo criterios con respecto al Programa.
5. Síntesis.

15.5. Material.

Hoja 15.1.1. Dinámica de presentación.

Hoja 15.1.2. Formato de evaluación final de manera colectiva.

15.6. Desarrollo de la Sesión

15.6.1. Actividad 1: Saludo.

Saludo efusivo a los participantes en la sesión de cierre del programa, y se procede a felicitarlos por su participación e inminente finalización.

15.6.2. Actividad 2: Presentación.

Se realiza una breve presentación de los participantes, evaluando su estado emocional y motivado a su participación. De ser necesario se podrá establecer diálogos individuales promoviendo el mejor funcionamiento grupal.

15.6.3. Actividad 3: Dinámica de ambientación.

Se realiza la dinámica “El nudo humano”, dirigida por el encargado de la sesión, con la

finalidad de promover el desistimiento, favorecer la cohesión del grupo y motivar a la participación. Todos los participantes se colocan en una circunferencia, tomados de la mano y luego intentan entrecruzarse de la manera más imaginativa sin soltarse de las manos y sin hablar, previo a ello un participante ha salido del recinto que al regresar intentará volver al grupo a su ubicación inicial. Es una buena técnica para adolescentes que han disminuido su nivel de vergüenza e incrementan la cohesión del grupo. Por supuesto al final se realiza la respectiva retroalimentación.

Hoja 15.1.2. Formato de evaluación final de manera colectiva.

EL NUDO HUMANO	
OBJETIVO Permite analizar la labor del psicólogo (a) frente al grupo. Sirve para analizar elementos de comunicación no verbal. Propicia la integración de los miembros de un equipo de trabajo.	
TIEMPO: Duración: 30 Minutos TAMAÑO DEL GRUPO: 20 participantes. LUGAR: Amplio Espacio Un salón suficientemente amplio e iluminado, en donde el grupo en su conjunto pueda desplazarse cómodamente.	MATERIAL: Ninguno
DESARROLLO Facilitador pide uno o dos voluntarios, aunque puede designar a alguien específico si sus necesidades así se lo demandan. Le pide que salga o salgan del recinto donde se llevará a cabo el ejercicio. Al grupo que queda les pide se tomen de la mano haciendo un gran círculo. Se les induce a pensar que esa forma del grupo es, de alguna manera, su estructura original; pero que los grupos, en su propia dinámica tienden a desarrollar hábitos que aglutinan y hacen variar la estructura original. Se les solicita hacer un nudo humano lo más intrincado que puedan, sin soltarse de las manos hasta que se les de la indicación. Una condición importante es que los miembros del grupo que constituyen el nudo no podrán hablar mientras el asesor o asesores intenten deshacerlo. Se invita a entrar a las personas o persona que se les hizo salir y se les plantea que ellos asumirán el rol de asesores y que su tarea consistirá en llevar a ese grupo a su estructura original, que éstas no pueden soltarse de las manos y a la vez no pueden proferir palabra alguna. Pasado un tiempo razonable, si no han podido deshacer el nudo los asesores, se le pide al grupo que retome su estructura original sin soltarse de las manos. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.	

Tomado de <https://ministerioinfantil.com/dinamica-para-trabajo-equipo/>

15.6.4. Actividad 4: Exposición de criterios (cambios) con respecto al Programa de intervención

En un ambiente sin restricciones, utilizando el dialogo socrático, se promueve la expresión de criterios sobre los contenidos, asimilación, aplicación, dudas e inquietudes sobre la terapia centrada en la compasión, así como los cambios personales logrados a partir de la intervención. Se sugiere, mantener el orden temático presentado para receptar los criterios de los AI. Y el esclarecimiento de dudas de forma inmediata.

15.6.5. Actividad 5: Síntesis.

Se sintetiza lo analizado en la sesión, y se repasan los conceptos explicados, procedimientos de técnicas para el manejo de sus emociones, con la finalidad de asegurar el bienestar de los AI. Se hace hincapié en la finalización del programa y se promueve la exteriorización verbalizada de sus emociones.

15.6. Preguntas de evaluación

EVALUACIÓN 3

Sesión Grupal 3.

Nombre: _____.

1. Componentes cognoscitivos:

Identifique su principal Proyecto de Vida.	
¿Cómo mantener la práctica de la CFT en la perspectiva de conseguir las metas propuestas?	

2. Componentes Organizativos

Dificultades.	
Sugerencias.	
Observación.	

F_____.

Lugar y fecha_____.

Anexo 3

Consentimiento informado

El Dr. Mario Dávila Gómez y un equipo de profesionales de la Universidad de Almería (España), se encuentran realizando una investigación con el objeto de conocer algunos aspectos relacionados con la personalidad y comportamiento social en los jóvenes.

El objetivo de esta investigación es aumentar los conocimientos que se tienen del tema para poder ayudar a personas que pueden presentar o no problemas de conducta. Para ello deberá completar una serie de test o cuestionarios que analizan algunas de sus características psicológicas y participar (si fuera el caso) en la aplicación de la terapia centrada en la compasión. La información y los resultados obtenidos son absolutamente confidencial.

Conservo el derecho de voluntariedad plena a participar o no, así como a salir de la investigación si así lo deseara en cualquier momento de la misma.

Si está usted de acuerdo debe hacer constar su consentimiento y en calidad de menor de edad, firmamos libre y voluntariamente, mi representante y yo.

Firma del Adolescente.

Firma del Representante

Nombre/CI.

Nombre/CI.

Fecha.....

Muchas gracias por su colaboración.