



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
RESOLUCIÓN 173-SE-33-CACES 2020

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

**TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) PARA
DESARROLLO DE AUTOCOMPASIÓN Y HABILIDADES
SOCIALES EN POBLACIÓN INFANTIL QUE INICIÓ SU
ESCOLARIZACIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de
Magister en Psicología Clínica mención Psicoterapia**

Autor:

Cristhian Gabriel Andrade Pazmiño

Directora:

Msc. Anabela Salomé Galárraga Andrade

Asesor:

Dr. Marco Antonio Tafur Vásquez

IBARRA – ECUADOR

Mayo 2024

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado principalmente a mis padres, quienes con su ejemplo y modelo de perseverancia, humildad y valores han sido los artífices del impulso que me ha permitido alcanzar cada una de mis metas.

Lo dedico también a mis segundas madres, mis abuelas, quienes han sido motor e inspiración para confiar en mis capacidades y no dejar de progresar. Extiendo este trabajo hasta el cielo, para la persona más significativa en mi vida, mi abuelo, que me ha acompañado en cada uno de los pasos de mi vida profesional y formativa; con este logro, cumplo la promesa que hice alguna vez y reafirmo mi compromiso de seguir adelante.

Dedico esta obra a todos los niños y niñas del mundo, esperando que esta investigación sea un paso afirmativo en la construcción de una sociedad más respetuosa en temas de derechos y crianza positiva, permitiendo que existan infancias libres de violencia y con un desarrollo integral de calidad. En especial, esto va dedicado para mi pequeño sobrino, quien anhelo crezca en un mejor mundo y espero mi ejemplo le impulse a llegar lejos, confiando en sus sueños y capacidades, pero especialmente priorizando su bienestar.

III

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la Santísima Virgen María por la vida y bendiciones expresadas dentro de mi vida formativa y profesional.

Agradezco con todo mi corazón a mis padres, abuelas, abuelo, sobrino y toda mi familia, por estar siempre a mi lado, apoyar cada uno de mis objetivos y ser un soporte incondicional. Agradezco a mi abuelo, quien dedico su vida a enseñarme valores de humanidad y humildad, siendo siempre la mayor compañía e inspiración personal.

Agradezco a todas las personas que forman parte de mi vida y han estado conmigo en todo este proceso de maestría, quienes han sido un apoyo y motivación para adquirir y desarrollar aprendizajes. Sin su apoyo, nada sería igual.

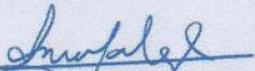
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Msc. Anabela Salomé Galárraga Andrade certifico que el estudiante Cristhian Gabriel Andrade Pazmiño, portador de cédula número 1724453053, ha desarrollado bajo mi tutoría el trabajo de grado titulado “Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19”.

El trabajo está realizado acorde a la metodología y normas dispuestas en los lineamientos de la reglamentación del título a obtener, por lo que, autorizo se presente a la sustentación para la calificación respectiva.

Ibarra, a los 23 días del mes de mayo de 2024

Lo certifico.


MSc. Anabela Galárraga
DIRECTORA DE TESIS

C.C. 1002718755

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
RESOLUCIÓN 173-SE-33-CACES 2020



Facultad de
Posgrado

FACULTAD DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1724453053		
APELLIDOS Y NOMBRES	Andrade Pazmiño Cristhian Gabriel		
DIRECCIÓN	Pichincha – Quito – La Ecuatoriana. S37 OE6-40 OE6F; Primicias de Quito (Ciudadela Ibarra)		
EMAIL	cris.psiinf@gmail.com		
TELÉFONO FIJO	(02) 2627230	TELÉFONO MÓVIL:	0984697272

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19
AUTOR:	Andrade Pazmiño Cristhian Gabriel
FECHA:	28 de mayo del 2024
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO	PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input checked="" type="checkbox"/>
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magister en Psicología Clínica mención Psicoterapia
TUTOR	Msc. Anabela Salomé Galárraga Andrade

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 28 días del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:

Firma:



CC: 1724453053

Nombre: Cristhian Gabriel Andrade Pazmiño

CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL

Facultad de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

RESOLUCIÓN 173-SE-33-CACES 2020

FACULTAD DE POSGRADO

Ibarra, 23 de mayo del 2024

Dra. Lucía Yépez

DECANA**FACULTAD DE POSTGRADO****ASUNTO:** Conformidad con el documento final

Señora Decana:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado "Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19" del maestrante Cristhian Gabriel Andrade Pazmiño, de la Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor/a	Galárraga Andrade Anabela Salomé	
Asesor/a	Tafur Vásconez Marco Antonio	

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	IV
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD. V	
CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL	VII
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	1
1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2. ANTECEDENTES.....	3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	5
1.3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	5
1.4. HIPÓTESIS.....	5
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL	8
2.1. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.1. <i>Autocompasión</i>	8
2.1.1.1. Etimología.....	8
2.1.1.2. Definición de autocompasión	8
2.1.1.3. Autocompasión dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso	9
2.1.1.4. Adquisición y desarrollo de autocompasión	10
2.1.1.5. Autocompasión en la infancia.....	11

2.1.1.6. Diferenciación entre autocompasión y autoestima.....	12
2.1.2. <i>Habilidades Sociales</i>	13
2.1.2.1. Definición de habilidades sociales	13
2.1.2.2. Tipos de habilidades sociales	14
2.1.2.3. Proceso de adquisición de habilidades sociales en la infancia	15
2.1.3. <i>Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)</i>	15
2.1.3.1. Introducción a la Terapia de Aceptación y Compromiso	15
2.1.3.2. Bases Epistemológicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso	16
2.1.3.3. Modelo HEXAFLEX.....	18
2.1.3.4. Aplicación Psicoterapéutica de la Terapia de Aceptación y Compromiso	19
2.1.3.5. Adaptación del Protocolo de ACT a población infantil	20
2.2. MARCO LEGAL.....	22
2.2.1. <i>Constitución de la República del Ecuador</i>	22
2.2.2. <i>Código de la Niñez y Adolescencia</i>	23
2.2.3. <i>Consideraciones éticas de la práctica psicológica clínica</i>	24
2.2.4. <i>Consideraciones bioéticas</i>	25
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	26
3.1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA/ GRUPO DE ESTUDIO.....	26
3.2. ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	26
3.2.1. <i>Paradigma</i>	26
3.2.2. <i>Método</i>	27
3.2.3. <i>Diseño</i>	27
3.2.4. <i>Alcance</i>	27
3.3. PROCEDIMIENTOS	28
3.3.1. <i>Población y Muestra</i>	29
3.3.2. <i>Instrumentos</i>	31
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
4.1. RESULTADOS	37
4.1.1. <i>Perfil sociodemográfico de la muestra</i>	37
4.1.2. <i>Determinación de Normalidad de la muestra</i>	37

<i>4.1.3. Resultados del análisis entre grupo control y grupo experimental.....</i>	<i>38</i>
4.1.3.1. Resultados netos de los grupos.....	38
4.1.3.2. Resultados del análisis entre grupos.....	41
<i>4.1.4. Medición del tamaño del efecto del programa de intervención</i>	<i>42</i>
4.2. DISCUSIÓN	42
CAPÍTULO V. PROPUESTA	46
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS.....	51
ANEXOS.....	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fases de la Ruta Cuantitativa.....	28
Tabla 2. Escala de evaluación de la Escala SCS (versión corta)	32
Tabla 3. Escala de evaluación del Cuestionario de Habilidades Sociales.	33
Tabla 4. Planificación del Programa de Intervención.....	35
Tabla 5. Perfil sociodemográfico de la muestra	37
Tabla 6. Determinación de Normalidad de la muestra.	38
Tabla 7. Resultados netos en la aplicación pretest y postest de ambos grupos	38
Tabla 8. Resumen de resultados e interpretación	40
Tabla 9. Resultados de la comparación de ambos grupos	41
Tabla 10. Medición del tamaño del efecto.....	42
Tabla 11. Modelo de ACT adaptado para la presente investigación	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Flexibilidad Psicológica del modelo HEXAFLEX. 18

Figura 2. Modelo VOI-VOI..... 21

Figura 3. Proceso de Ejecución de la Investigación..... 29

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 generó una limitación en las interacciones sociales, aspecto que es determinante para el desarrollo integral infantil. Ante esta problemática se buscó determinar el nivel de eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia. Para esto, se realizó un programa de intervención adaptando el esquema terapéutico para desarrollarlo en la población infantil y de manera grupal. El estudio se realizó con metodología cuantitativa y diseño cuasiexperimental, obteniendo un grupo experimental y control de 26 participantes cada uno. Las variables fueron evaluadas con la escala SCS versión corta para conocer el nivel de autocompasión, y la escala de Goldstein para medir habilidades sociales, en dos momentos, destacando etapa pretest y posttest para conocer la utilidad de la intervención. Los resultados de la investigación, utilizando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney reflejan una significancia de $<0,001$ para ambas variables, lo que refleja ser muy significativo, acompañado de un tamaño de efecto grande, medido con g de Hedges, al obtener valores superiores a 0,8. De esta manera se demostró una alta eficacia del modelo ACT para incrementar el nivel de autocompasión y habilidades sociales en la población infantil, superando los déficits vinculados a la pandemia.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, autocompasión, habilidades sociales, población infantil, pandemia.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has led a limitation in social interactions, which is crucial for children's holistic development. In response to this issue, the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) was tested for developing self-compassion and social skills in children who started schooling during the pandemic. An intervention program was conducted, adapting the therapeutic approach for the use with children and to be applied in group. The study employed a quantitative methodology and a quasi-experimental design, with an experimental and control group, each comprising 26 participants. Variables were assessed using the short version of the Self-Compassion Scale (SCS) to measure self-compassion, and the Goldstein Scale to measure social skills, with pretest and posttest stages to evaluate intervention effectiveness. Research results, analyzed using the non-parametric Mann-Whitney U test, showed significance levels of <0.001 for both variables, indicating high significance. Effect sizes, measured by Hedges's g , were large, exceeding 0.8. As conclusion, the ACT model demonstrated high efficacy in increasing self-compassion and social skills in children, overcoming deficits associated with the pandemic.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, self-compassion, social skills, children, pandemic.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Problema de investigación

El surgimiento de una pandemia es un hecho inesperado que irrumpe en la cotidianeidad y estilos de vida establecidos de forma abrupta; como mencionan Gil et al. (2022) la transformación de los hábitos de los individuos tras el impacto del COVID 19, será un factor crucial para el establecimiento de nuevas pautas sobre el comportamiento y desarrollo humano. Esto se relaciona con lo mencionado por Boldt et al. (2021) quienes aseguran que una situación de magnitud pandémica de forma obvia repercutirá de una u otra forma en la normalidad poblacional, reflejando un proceso frustrante de readaptación.

En torno a la población infantil, y como se refiere en los postulados de la Teoría Socio-Constructivista de Vygotsky, revisada por Cruz et al. (2019) el contexto social es un factor crucial para el desarrollo de experiencias y formación de nociones básicas del conocimiento y comportamiento en el individuo. Ante este detalle y como afirman Fiorentin y Beltrame (2022) la población infantil ha empezado a manifestar características atípicas en su comportamiento, marcadas principalmente por dificultades en la expresión e interacción con otros, llegando en algunos casos a reflejar un verdadero desconocimiento de la forma de responder a su entorno o de sentirse un miembro funcional del mismo.

Sánchez (2021) menciona que, durante una pandemia, los niños y adolescentes son un grupo de especial vulnerabilidad; debido a que la situación de crisis incide directamente en el desarrollo de características de la personalidad incipiente, lo que, en conjunto con factores de influencia familiar, unido a experiencias de estrés, se transforma en un desbalance en el estado de salud integral del infante.

Ante esta notable repercusión, ligada especialmente al carácter social, surge la necesidad urgente de realizar programas y buscar propuestas de intervención oportunas para solventar dicho problema. Es por esto que autores como Etchebehere et al. (2021) y Boldt et al. (2021) evalúan a través de sus estudios la importancia de programas de intervención que permitan restaurar las condiciones del desarrollo personal y social de manera funcional en base a la edad poblacional.

Estudios como los realizados por Sánchez (2021) y Montalvo y Jaramillo (2022) han utilizado como fundamento al desarrollo de habilidades sociales y factores de interacción, como estrategias para favorecer la superación de afectos adversos relacionados a la pandemia.

Es por esto que en la investigación se busca el desarrollar un proceso de intervención centrado en la terapia de aceptación y compromiso, a través del seguimiento de un protocolo para la aplicación breve de ACT, fundamentada en la obra de Mandil (2022), para lograr una separación de los estados experimentados durante el proceso de inicio de la escolarización en medio de pandemia, lo que incluye educación virtual desde el hogar, y acercar hacia un entorno de autocompasión y relaciones sociales funcionales que se refleje en la adquisición de habilidades de afrontamiento en la población infantil; permitiendo a su vez, el análisis de dicha estrategia de intervención como una herramienta eficaz a favor del desarrollo integral de los niños y niñas tras los acontecimientos generados por la pandemia de COVID-19.

Destacando la importancia del desarrollo integral infantil, se debe considerar la relevancia de procesos de intervención con rigurosidad científica y características de actualidad, como son las terapias de tercera generación. A esto, Díaz, Marín y Martínez (2021) corroboran que los modelos: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia

Dialéctico Conductual (DBT), Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), entre otros, han demostrado resultados superiores en términos de eficacia a otros enfoques de la línea cognitivo conductual de la segunda ola; sin embargo, estos modelos psicoterapéuticos son utilizados principalmente en adolescencia y adultez.

Zambrano, et al. (2018) destacan que las terapias contextuales también pueden generar un gran impacto en la población infantil, por la posibilidad de desarrollar habilidades sociales e individuales para el afrontamiento de situaciones de malestar; teniendo como inconveniente la dificultad de explicación de ciertos contenidos por el nivel de desarrollo cognitivo de los infantes.

En base a lo mencionado, la investigación busca responder al problema de ¿Cuál es el nivel de eficacia de la Terapia de Aceptación Compromiso (ACT) para el desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19?

1.2. Antecedentes

Boldt et al. (2021) dentro de su análisis sistemático de la información, manifiestan que es evidente que la pandemia por COVID 19 ha generado distintas reacciones de frustración en la población, inclusive en los menores de edad, destacando que la proporción de la población infantojuvenil que refiere problemáticas de salud mental aumentó hasta en un 60%. Baysan et al. (2021) están de acuerdo con lo mencionado previamente, destacando como factor de riesgo inherente a la limitación de espacios de expresión social y emocional, debido a que, es menester para un desarrollo integral la interacción entre pares.

En cuanto al contexto regional, la investigación realizada en Uruguay por Etchebehere et al. (2021), refleja que, de su población estudiada, la mayoría de los niños manifiesta una respuesta inapropiada sobre reconocimiento, expresión y manejo de sus emociones, así como un desconocimiento y reacciones de rechazo hacia su autoconcepto, relacionadas directamente con el confinamiento y distanciamiento social, esto por la limitación de experimentar contextos de socialización. Los autores destacan que el tiempo de ausencia presencial a escuelas, y la nostalgia que la misma representa, refleja la fundamental importancia de la socialización, actividades físicas y recreativas compartidas en el desarrollo integral infantil.

De esta manera, Gil et al. (2022) realizaron una investigación en Brasil, con la cual postularon que los desafíos, en temas de salud mental, en la población infantojuvenil debido a la pandemia son altos, esto evidenciado en un 73% de casos registrados que tenían dudas o afectaciones de tipo psicosocial y psicoafectivo ligado a la pandemia por COVID 19. Es por ello que, según los autores, surge la responsabilidad particular y colectivo de desarrollar programas e intervenciones basadas en el constante desarrollo y estimulación de características de orden social como la interacción, sentido de pertenencia, valores y cumplimiento de normas de convivencia, así como de estrategias para el autoconocimiento y aceptación de todos los sucesos propios de la pandemia.

En la realidad nacional, Montalvo y Jaramillo (2022) realizaron una investigación semejante con población adolescente, en la cual, determinan que en la población se ha hecho notable un sentimiento de temor a mostrarse o interactuar en lugares públicos, así como una actitud generalmente apática ante sus pares; y destacan que el desarrollo adecuado de

habilidades sociales beneficia a los procesos de autoconcepto e interacción, logrando superar de forma positiva al tiempo de distanciamiento generado por la emergencia sanitaria.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), para el desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de autocompasión y habilidades sociales en la población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19.
- Adaptar las técnicas y procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) al nivel de desarrollo cognoscitivo infantil.
- Comprobar la eficiencia de la intervención psicoterapéutico fundamentado en ACT a favor del incremento en la autocompasión y habilidades sociales en la población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19.

1.4. Hipótesis

- Hipótesis General: De tipo causal

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) incrementa el nivel de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19.

1.5. Justificación

En términos teóricos, la investigación aportará con información relevante, sobre un tema de actualidad, debido a que no se conoce mucho sobre como los fenómenos de distanciamiento social y cambios significativos de rutina, ligados a factores pandémicos, inciden en el desarrollo adecuado de la infancia. De esta manera, se pretende evidenciar el fenómeno en cuanto a las variables de autocompasión y habilidades sociales, haciéndolo referente como una consecuencia de la pandemia por COVID 19 y expresar, a manera de un protocolo eficiente y proceso de intervención, la ruta para superar dichos efectos. A la par, tras dicha caracterización, también se busca plasmar un apartado teórico en el que se traduzcan las fases del modelo ACT, a términos prácticos y estrategias de mayor alcance para la población infantil en base a los niveles de desarrollo cognoscitivo en la infancia.

A nivel metodológico, se utilizaron estrategias y técnicas cuantitativas con la finalidad de poder comprobar la existencia de un fenómeno del cual apenas se realizan investigaciones, a la par que el lector obtenga datos suficientes que le permitan comprender la eficiencia del modelo terapéutico ACT en la población infantil.

Fiorentin y Beltrame (2022), mencionan que la población en general obtuvo una repercusión notable en la rutina de vida y actividad social como consecuencia inmediata a la pandemia por COVID 19. Los autores destacan que ante la habituación a mantenerse distanciados por protección y la aparición de entornos emergentes como la educación virtual, han afectado en un proceso de interacción esperado para la etapa de vida.

Como relevancia práctica, la aplicación de un programa psicoterapéutico, fundamentado desde ACT, incluyendo sus distintos momentos de evaluación, permitirá la intervención adecuada para sobrellevar los efectos adversos del distanciamiento, en temas de

relación intra e interpersonal empática, lo cual beneficia a la construcción de individuos competentes dentro de esta variable, favoreciendo así, sus procesos de interacción y expresión. Lo que, a su vez, deja un precedente para futuras situaciones, de características similares, permitiendo así, una actuación eficaz y temprana.

A su vez, Sánchez (2021), destaca que las alteraciones en la infancia ligados a su desarrollo social, también se vincula a alteración en sus hábitos de salud, debido a la poca predisposición a actividades recreativas e interactivas. Por lo cual, considera a su vez que, para garantizar el cumplimiento de los derechos de este grupo poblacional, se deben incentivar políticas y programas que favorezcan la estimulación de condiciones óptimas de desarrollo, como una medida para superar los efectos adversos de la pandemia.

Es por esto que, dentro del aspecto social, remarca precisamente a la población infantil como beneficiaria debido a que el proyecto en cuestión remarca el cumplimiento de una promoción de la infancia en calidad y dignidad, buscando la estimulación de habilidades sociales a favor de un impulso efectivo en el desarrollo integral, logrando solventar cualquier desfase producido por la limitación de estímulos favorables durante el distanciamiento social por COVID 19.

Esta investigación se encuentra dentro de la línea de “Salud y Bienestar Integral”, al considerar las variables de autocompasión y habilidades sociales como parte del desarrollo psicológico integral de la población infantil, permitiendo el goce de calidad de vida, reflejado en habilidades de interacción y confrontamiento ante situaciones de crisis.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Autocompasión

2.1.1.1. Etimología

Según la definición de la RAE, el término proviene del latín “compassio” “sufrimiento en compañía o junto a” combinado con el prefijo “auto-”, “hacia uno mismo”, otorgándole al término un significado etimológico de dirigir la compasión hacia uno mismo.

Araya y Moncada (2016), consideran que el término alude a la noción de experimentar empatía y compasión hacia las propias luchas y sufrimientos, reconociendo la humanidad en esencia compartida. Autocompasión, de esta forma, es un concepto central en la psicología, y en especial en las teorías del entendimiento basadas en la persona y el momento presente, ya que invita al individuo a promover un criterio verdadero y de apoyo por sobre la autocrítica y el autosabotaje.

2.1.1.2. Definición de autocompasión

Aranda, et al. (2018), definen a la autocompasión como un término psicológico que se refiere a la capacidad de reconocer y aceptar los propios errores, fracasos y dificultades de forma empática y compasiva hacia uno mismo. Se trata de cultivar una actitud comprensiva y amable hacia sí mismo en momentos de sufrimiento, en lugar de juzgarse severamente o ignorar su propio dolor.

Conforme a definición de Aranda, et al. (2018), la autocompasión es un término psicológico que se refiere a una capacidad de reconocer y aceptar los propios errores, fracasos y dificultades de una forma empática y compasiva hacia uno mismo. Es decir, se trata de ser

gentil y comprensivo con uno mismo en aquellos momentos de sufrimiento, en lugar de ignorar tu dolor o castigarse a uno mismo por estar sufriendo.

Para López, et al. (2023), la autocompasión implica reconocer la humanidad compartida y la vulnerabilidad inherente a todos los seres humanos, y se basa en la creencia de que el amor y la aceptación hacia uno mismo son esenciales para el bienestar emocional y psicológico. La autocompasión está determinada por la capacidad de mostrar bondad y comprensión hacia uno mismo en momentos de dificultad, en lugar de juzgarse o criticarse severamente.

2.1.1.3. Autocompasión dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La autocompasión en la Terapia de Aceptación y Compromiso, según Hayes, Strosahl y Wilson (2015) se refiere a la capacidad del individuo de relacionarse consigo mismo con amabilidad, comprensión y apertura en los momentos de dificultad emocional. La autocompasión implica como tal el reconocer y aceptar el sufrimiento o experiencias desagradables propias de manera no crítica, en lugar de evitarlo o criticarse injustamente.

En ACT, según Suárez y Casas (2020), se enfatiza la importancia de cultivar la autocompasión como una forma de promover la aceptación y la autorregulación emocional saludable, siendo una de las características propias del proceso de flexibilidad psicológica.

Hayes (2023) postula que “volver a conectar con nuestro yo auténtico nos ayudará a practicar la autocompasión cuando nos abramos a los aspectos más desagradables de nuestra vida en lugar de criticarnos por los errores cometidos o por tener miedo a afrontar el dolor”.

2.1.1.4. Adquisición y desarrollo de autocompasión

El tema de autocompasión, según Gano y Peterson (2023), es un objeto de estudio peculiarmente nuevo, que, no obstante, ha sido cada vez más explotado por los investigadores y se ha vuelto considerablemente relevante en el contexto de psicología y bienestar humano.

Klos y Lemos (2020) sugieren que la adquisición y desarrollo de la autocompasión están vinculadas a una serie de factores determinantes, como son la familia, el ambiente, las experiencias tempranas, el aprendizaje y la esfera social en general, mismos que se adquieren simultáneamente con los puntos críticos del desarrollo psicosocial referidos por Papalia y Martorell (2017). Entre los factores influyentes más destacados, en congruencia con los autores mencionados, se encuentran los siguientes:

- **Sistema familiar:** El desarrollo de la autocompasión se ve ampliamente influenciado por el estilo de crianza y las expresiones emocionales establecidas durante la primera infancia. Los padres y cuidadores que fomentan la empatía, la aceptación incondicional y la comprensión son un modelo adecuado para la adquisición de dicha conducta.
- **Experiencias tempranas:** La adquisición de experiencias construye aprendizajes significativos que determinan el desarrollo psicosocial. Las experiencias de adversidad pueden actuar como obstáculo para el desarrollo de una relación armónica consigo mismo. En contraste, las experiencias de validación contribuyen al desarrollo de la capacidad de una persona para practicar la autocompasión.

- Sistema Educativo: Un ambiente de enseñanza-aprendizaje con enfoque compasivo facilita que los estudiantes desarrollen mecanismos de afrontamiento a la frustración y estímulos desagradables de forma asertiva.
- Socialización: El apoyo social adecuado, acompañado de la clarificación de valores normativos de sociedad, como el respeto, junto con la empatía percibida por otros estimula a desarrollar tratos armónicos con los demás, pero también consigo mismo.

Gano y Peterson (2023) recalcan que la autocompasión no es innata. Esto se debe a que esta cualidad puede estar ausente por completo si no hay modelos de comportamiento ni estimulación adecuada. En base a la obra de Klos y Lemos (2020) se denota el hecho de que la autocompasión puede ser responsable de muchos beneficios para el desarrollo psicosocial, principalmente por el hecho de gozar de una adecuada relación consigo mismo para facilitar relaciones armónicas con otras personas y cuidar de la propia salud mental.

2.1.1.5. Autocompasión en la infancia

En la infancia, la autocompasión es especialmente relevante, debido a que según Rojas (2019) los niños están en proceso de desarrollo crítico, enfrentando una diversidad de estímulos emocionales y sociales. Según Arévalo, et al. (2019) algunas de las manifestaciones de dicha variable en edades tempranas son:

- Identificación de las emociones: Los niños llegan a comprender la emoción que ocurre en determinado momento y al desarrollar la autocompasión, aprenden también a aceptarlas, como una estrategia primaria de autorregulación. Esto permite el acercamiento a la realidad de la existencia de emociones desagradables.

- **Autorregulación emocional:** Los niños aprenden a gestionar y autorregular sus emociones de manera funcional; esto se refleja en la habilidad de tolerancia a la frustración.
- **Autoaceptación:** Hayes (2023) menciona que “la autocompasión implica aceptarse a uno mismo tal como se es, con sus imperfecciones y limitaciones”. Los niños que desarrollan esta habilidad aprenden a valorarse a sí mismos de forma empática, desarrollando un adecuado autoconcepto.
- **Empatía:** Implica reconocer que cada persona puede experimentar emociones desagradables. La autocompasión y la empatía están estrechamente relacionadas y se refleja en la infancia como un sentimiento de preocupación por el contexto.
- **Resiliencia:** Se evidencia en la capacidad de desarrollar una capacidad de afrontamiento ante las situaciones adversas. En los niños se refleja al aceptar responsabilidad y considerar consecuencias, partiendo de un trato amable y respetuoso hacia sí mismo.

2.1.1.6. Diferenciación entre autocompasión y autoestima

Como lo señalan Hayes, et al. (2015), la diferencia técnica entre autocompasión y autoestima radica en el enfoque y actitud del individuo hacia sí mismo.

Arévalo, et al. (2019) mencionan que la autocompasión implica que la persona debe desarrollar la capacidad de observar sus propias emociones y necesidades desde una perspectiva libre de prejuicios en cualquier situación. En base a lo postulado por Hayes (2023) se añade que la autocompasión no depende de una evaluación personal o de una comparativa social, sino que consiste en una relación armoniosa y estable hacia uno mismo, manteniendo claro el autoconcepto en cualquiera de las situaciones a las que se encuentre.

Múzquiz, Pérez y Bermúdez (2021) describen la autoestima como un concepto subjetivo basado en la evaluación de una persona de sus propias habilidades y capacidades. Dicho valor es condicional y a menudo se basa en la comparación con otros, es por eso que la autoaprobación subjetiva del valor por parte de otra persona o grupo de personas crea un fenómeno psicológico de percepción de un concepto diferente. La autoestima puede depender del área de vida y variar en el contexto de logros y derrotas. Gano y Peterson (2023) apoyan la opinión sobre la inconsistencia de tal autovalor.

En conclusión, existe cierta antítesis entre la autocompasión y la autoestima. Mientras que la primera se basa en la aceptación y cuidado independientemente de los estándares externos o las circunstancias, la segunda tiene mayor relación con la valoración personal ensimismada y la influencia de la comparación social.

2.1.2. Habilidades Sociales

2.1.2.1. Definición de habilidades sociales

Las habilidades sociales, según Esteves, et al. (2020) son una capacidad relacionada con las interacciones y relaciones que establece una persona con los demás que lo rodean en su entorno. Desde una perspectiva psicológica, según Papalia y Martorell (2017) se define como la competencia para llevar a cabo conductas efectivas en situaciones sociales, lo que incluye la expresión de emociones adecuadas, la comunicación verbal y no verbal, la empatía, la asertividad, la resolución de conflictos y la capacidad para establecer y mantener relaciones saludables.

Almaraz, Coeto y Camacho (2019) postulan que las habilidades sociales son fundamentales para el desarrollo de relaciones satisfactorias, el bienestar emocional y el funcionamiento social exitoso. Papalia y Martorell (2017) mencionan que el desarrollo de

estas habilidades no es innato, si bien es cierto, existen ciertos hitos esperados en determinadas edades, las mismas dependen directamente del contexto, por lo que se adquiere y mejora a lo largo de la vida a través de la experiencia, el aprendizaje y la práctica.

2.1.2.2. Tipos de habilidades sociales

Para los fines de esta investigación se toma en cuenta la obra de Papalia y Martorell (2017), en contraste con las investigaciones de Almaraz, et al. (2019) y Sandoval, González y Madriz (2019), se describe la siguiente tipología, desde una perspectiva de la funcionalidad de la conducta social:

- **Habilidades de interacción:** Incluye las capacidades sociales más básicas desde el saludo, presentación, hábitos de cortesía propios del contexto y formulación de preguntas, así como el responder de manera adecuada. En esta categoría se incluye a la capacidad de expresión y comprensión.
- **Habilidades de empatía:** Implica la capacidad de comprender las emociones y perspectivas de los demás miembros del contexto, en un contexto de respeto y apertura al apoyo.
- **Habilidades de colaboración o trabajo en equipo:** Implica la destreza y predisposición para actuar efectivamente con otros con la finalidad de alcanzar metas comunes.
- **Habilidades de adaptación y resolución de problemas:** Es la capacidad que tiene el individuo para ajustarse a circunstancias cambiantes o eventos desafiantes, siendo flexible y con la capacidad de utilizar las herramientas cognitivas y sociales para dar una solución oportuna.

2.1.2.3. Proceso de adquisición de habilidades sociales en la infancia

El proceso de adquisición de habilidades sociales en la infancia, según González y Molero (2022), se lleva a cabo durante el proceso evolutivo normal y en relación con las experiencias con el entorno. Según Papalia y Martorell (2017), esta etapa se inicia desde un proceso de observación y aprendizaje primario. Los infantes comienzan a observar el accionar de los agentes sociales con quienes mantienen mayor interacción, sus padres o representantes; de esta forma, se predisponen a imitar gestos y rasgos comportamentales.

Por otro lado, la actividad recreativa posibilita que los niños interactúen con su contexto de manera activa, tal como lo confirman González y Molero (2022). A su vez, tal y como lo explican Sandoval, et al. (2019), junto al desarrollo de las habilidades lingüísticas, los niños empiezan a expresar de forma adecuada sus necesidades, emociones e ideas . Al mismo tiempo, comienzan a manejar un lenguaje no verbal con énfasis en lo emocional, lo que incluye la expresión de las situaciones de alto impacto sentimental de otros, con empatía y asertividad.

Unuzungo, et al. (2022) recomiendan que los niños se desarrollen en un ambiente seguro y afectivo para favorecer el desarrollo de sus habilidades sociales y fomentar la formación de relaciones saludables a nivel intra e interpersonal.

2.1.3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

2.1.3.1. Introducción a la Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT, por sus siglas en inglés, es un enfoque de terapia conductual, que forma parte de las denominadas terapias de tercera generación o terapias contextuales, la cual, según Alonso, et al. (2022) se centra en ayudar a las personas a desarrollar una mayor flexibilidad psicológica y a comprometerse con acciones

significativas y valores personales, a pesar de la presencia de pensamientos y emociones difíciles o desagradables.

Esta terapia es desarrollada y postulada por Steven Hayes, quien refiere que la ACT se basa en la premisa de que el sufrimiento humano es una parte natural de la experiencia humana y que, en lugar de tratar de eliminar o evitar el malestar emocional, es más útil aprender a aceptar y tolerar las sensaciones desagradables mientras se sigue adelante hacia una vida significativa (Hayes, 2023).

Paliza (2023) añade que, a diferencia de otros modelos de terapia, la ACT no se centra en cambiar o controlar los pensamientos y emociones en sí mismos, sino en desarrollar una relación más saludable con ellos al aprender a observarlos y permitir que estén presentes sin dejar que dicten nuestras acciones y decisiones.

2.1.3.2. Bases Epistemológicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso

El modelo ACT, según Acosta, Cupajita y Urbina (2023), tiene dos bases epistemológicas en las cuales se sustenta, estas son el Conductismo Radical y el Contextualismo Funcional.

El conductismo radical, según Rodríguez, et al. (2022) es una corriente de la psicología que enfatiza el estudio del comportamiento observable y medible. En la misma se postula que todo comportamiento humano es el resultado de estímulos del entorno, y busca comprender cómo estos estímulos influyen en la conducta de las personas. Esta corriente parte de los postulados de Skinner y sostiene que el aprendizaje y la adquisición de conductas se basan en el condicionamiento operante, que consiste en la asociación de estímulos y respuestas observables.

El conductismo radical, según Acosta, et al. (2022) a diferencia de otras corrientes conductistas, no se limita solo a la observación y medición de la conducta, sino que también busca entender las variables internas y cómo influyen en el comportamiento. Además, este enfoque se centra en la modificación de la conducta a través de la aplicación de técnicas de refuerzo y castigo.

El contextualismo funcional, según Hayes (2023) se refiere al análisis funcional de la conducta aplicado. Se enfoca en el estudio del comportamiento humano en su contexto real y en función de las consecuencias que este produce. Esta aproximación reconoce la influencia de los múltiples factores que intervienen en la conducta, como el entorno social, las experiencias pasadas, las expectativas y las metas individuales. Además, el contextualismo funcional, según Rodríguez, et al. (2022) considera que el comportamiento humano tiene un propósito adaptativo y busca entender cómo las personas se adaptan y funcionan en su entorno.

Adicionalmente, debe mencionarse, a la Teoría de los Marcos Relacionales la cual es uno de los fundamentos teóricos para la ACT. Ayala y Rodríguez (2022), la describen como una aproximación teórica de la psicología que se enfoca en cómo las personas establecen conexiones y relaciones entre conceptos, ideas y eventos. Esta teoría sostiene que la comprensión del mundo está influenciada por los marcos mentales, es decir ideas referentes, que se han desarrollado a lo largo de la vida por las experiencias, los cuales organizan y estructuran la conducta. Estos marcos son flexibles y pueden ser modificados a través de la experiencia y el aprendizaje, lo que permite adaptarse y entender de manera más amplia y contextualizada.

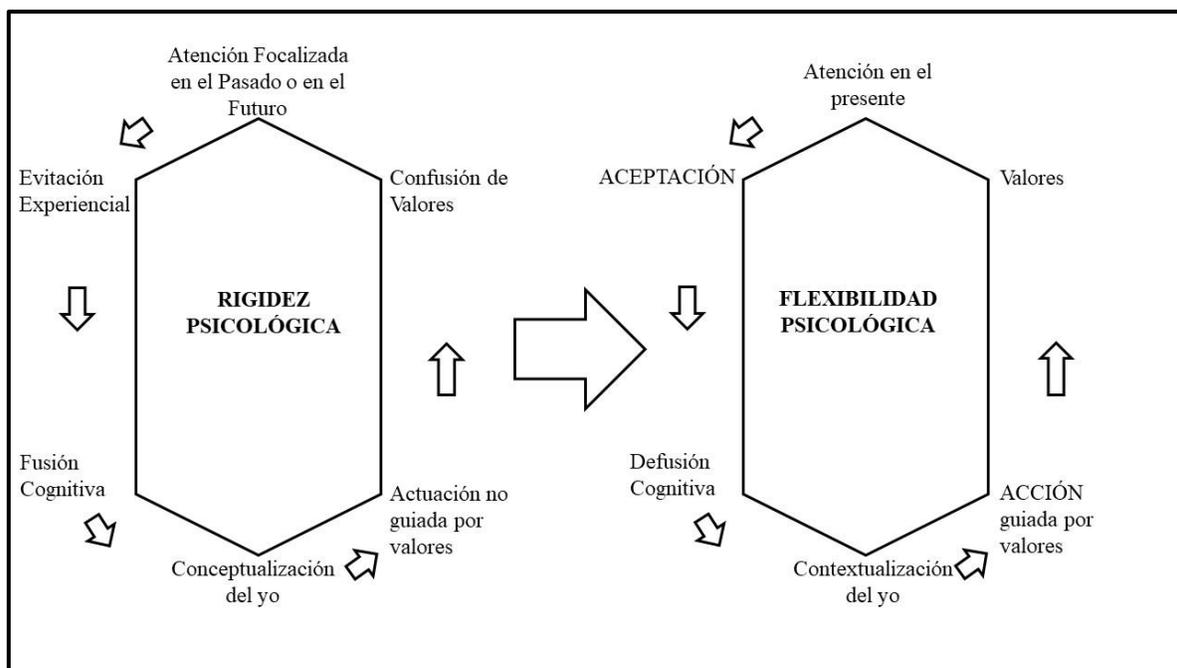
2.1.3.3. Modelo HEXAFLEX

El modelo HEXAFLEX, como lo menciona Acosta, et al. (2022) es la principal herramienta que resume la intervención de la Terapia de Aceptación y Compromiso, el cual fue desarrollado por Steven Hayes y sus colegas en la década de 1990.

El modelo HEXAFLEX, como se refleja en la obra de Hayes (2015), consiste en seis procesos psicológicos centrales, los cuales se representan en un diagrama hexagonal, como se observa en la Figura 1.

El modelo HEXAFLEX, según Paliza (2023) se utiliza en diversos contextos terapéuticos y ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de una amplia gama de trastornos psicológicos y problemas de salud mental. Su objetivo principal es aumentar la flexibilidad psicológica y promover el bienestar general del individuo.

Figura 1. Diagrama de Flexibilidad Psicológica del modelo HEXAFLEX.



Nota. En la figura se resume el modelo postulado por Hayes (2015), sobre el paso de la rigidez hacia la flexibilidad psicológica. Realizado por el autor: Cristhian Andrade.

En la Figura 1 se muestra cómo actúa el modelo HEXAFLEX, permite el paso de una rigidez psicológica, caracterizada por una atención dispersa en el pasado o futuro, confusión de valores y fusión con los estados cognitivos y emocionales, lo cual limita al ser humano en su desenvolvimiento funcional, hacia una flexibilidad psicológica que permite la aceptación y adquisición de experiencias relevantes a favor del desarrollo del individuo.

Los procesos del modelo HEXAFLEX, postulados por Hayes, et al. (2015) se resumen de la siguiente manera: “Atención en el momento presente”, consiste en estar consciente de las experiencias internas y externas en el momento presente, sin juzgarlas ni intentar cambiarlas; “Aceptación”, consiste en estar dispuesto a experimentar pensamientos y emociones desagradables o difíciles sin intentar evitarlos o suprimirlos. “Defusión Cognitiva”, la cual implica observar y separarse de los pensamientos y creencias negativas o limitantes; “Contextualización del Yo”, se refiere a la capacidad de observar los propios pensamientos, emociones y experiencias desde una perspectiva más amplia y desapegada.; “Acción guiada por valores”, se trata de tomar acciones alineadas con los valores personales, incluso cuando surjan dificultades o barreras; y “Valores”: implica identificar y comprometerse con los valores personales y significativos, y tomar acciones orientadas hacia ellos.

2.1.3.4. Aplicación Psicoterapéutica de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La aplicación psicoterapéutica de la ACT, según Acosta, et al. (2022) se centra en ayudar a los individuos a desarrollar habilidades para enfrentar situaciones desafiantes y mejorar su bienestar emocional. Algunas de las aplicaciones más frecuentes de este modelo, recopiladas por los autores son:

- Trastornos de ansiedad: La ACT puede ser efectiva en el tratamiento de trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno de estrés postraumático. Ayuda a los individuos a aprender a tolerar la ansiedad y a relacionarse de manera más saludable con sus pensamientos y emociones.
- Depresión: La ACT puede ser útil en el tratamiento de la depresión al ayudar a los individuos a aceptar los sentimientos de tristeza y pérdida, y a comprometerse con acciones que promuevan su bienestar emocional.
- Adicciones: La ACT puede ser aplicada en el tratamiento de adicciones, ayudando a los individuos a aceptar los deseos y tentaciones relacionados con la adicción, y a comprometerse con acciones que promuevan una vida saludable y libre de adicciones.
- Experiencias Traumáticas: La ACT puede ser beneficioso en el tratamiento de traumas al ayudar a los individuos a aceptar los recuerdos y emociones relacionados con el trauma, y a comprometerse con acciones que promuevan la recuperación y resiliencia.
- Problemas en las relaciones sociales: La ACT puede ser aplicada en el tratamiento de problemas de relación al ayudar a los individuos a aceptar las dificultades y desafíos como parte de la relación y orientarse a la solución rescatando el valor de la misma.

2.1.3.5. Adaptación del Protocolo de ACT a población infantil

El autor Mandil (2022), tras analizar los fundamentos epistemológicos de la ACT y la teoría de los marcos relacionales, desarrolla un protocolo adaptado del modelo para la población infantil.

A dicho modelo lo denomina el Triángulo VOI-VOI, el cual engloba a los procesos de HEXAFLEX, en un método simplificado para garantizar la comprensión y efectividad del proceso.

Figura 2. Modelo VOI-VOI



Nota. El modelo triangular VOI, refleja el protocolo de ACT adaptado para la población infantil. Fuente: Mandil (2022)

En un orden procesual adecuado, el protocolo VOI-VOI, desarrollado por Mandil (2022), se considera en un orden de I-O-V, contemplando los siguientes aspectos:

- **I (Investigar):** Parte del análisis funcional de la conducta, y la entrevista permite conocer los pensamientos de rechazo, conductas de evitación experiencial, el flujo de los estados del malestar a corto plazo, acompañado del deterioro de vínculos relacionales con pares a mediano plazo y la falta de armonía en la relación consigo mismo.

- **O (Observar):** Permite focalizar al niño en su contexto presente y hacerlo tomar en cuenta de la situación actual favoreciendo la confrontación con aquellos pensamientos o emociones que estaba evitando y se da paso a los primeros intentos de intervención. Esto puede entenderse con la símil de que el niño se detiene y observa delante suyo a la manera de una barrera a aquellos elementos que estaba rechazando, de forma segura.
- **V (Valorar):** El niño identifica de forma clara aquello que es valioso y los motivos para cumplir con su conducta, de esta forma se acerca gradualmente a aquello que rechazaba y logra una conducta funcional, con un propósito de satisfacción.

2.2. MARCO LEGAL

2.2.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador es el referente principal en tema legal, debido a que, en el Capítulo Tercero del Título I, se menciona a los grupos de atención prioritaria, mencionando a niños, niñas y adolescentes dentro del artículo 35 como un grupo vulnerable y de atención prioritaria.

Dentro del apartado mencionado, en la Sección Quinta, se refiere específicamente al grupo poblacional de niños, niñas y adolescentes, por lo cual es importante mencionar al artículo 45, el cual dice:

“Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.”

A través de lo cual se justifica la utilidad de la presente investigación en pro de garantizar condiciones de salud y desarrollo integral. Ninguna fase del proceso de investigación vulnera a cualquiera de las leyes del Estado, asegurando de cumplir cada una de las leyes pertinentes.

2.2.2. Código de la Niñez y Adolescencia

Al trabajar con una población considerada como grupo vulnerable, como se mencionó en el apartado anterior, se toma en cuenta al Código de la Niñez y Adolescencia, con su última actualización el año 2019, para garantizar se cumplan los criterios de protección especial que requiere la población infantil. A través de basarse en este código, se garantiza que los niños y niñas que fueron parte de la investigación han sido respetados en todo el goce de sus derechos, y a la vez, la investigación buscó aportar al desarrollo de una infancia digna, lo cual se corresponde al principio del Interés Superior del niño (Libro 1 - Art. 11), mismo que enuncia que:

“El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a

todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento”.

2.2.3. Consideraciones éticas de la práctica psicológica clínica

Para la presente investigación, todo el proceso de la fase aplicativa, es decir, la evaluación, intervención, modelo de abordaje y seguimiento, se fundamentó en el código ético del psicólogo, elaborado por el colegio de psicólogos clínicos de Pichincha, vigente desde 1989.

Se citan algunos de los artículos del código en los cuales se hace especial énfasis en referencia a los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia:

- Art. 1c: Esforzarse por brindar máxima eficiencia en sus servicios, manteniéndose actualizado en cuanto a los conocimientos científicos y técnicos.
- Art. 5a: Dar al cliente o paciente, o en caso de impedimento a quien lo represente legalmente, informaciones concernientes al trabajo que va a realizar, definiendo bien sus compromisos y responsabilidades profesionales a fin de que el cliente pueda decidirse a aceptar o no la asistencia prevista.
- Art. 5c: Atender al paciente sin establecer discriminaciones o prioridades determinadas por condiciones de raza, autoridad, credo o situación económica, etc.
- Art. 21: La confidencialidad imperativa de la Ética Profesional protege al examinado en todo aquello que el psicólogo oye, ve o tiene conocimiento como consecuencia del ejercicio de su actividad profesional.
- Art. 25a: Asegurar al psicólogo la más amplia libertad de investigación, no siendo admisibles, promover experimentos con riesgo físico, psíquico o moral de los seres humanos.

- Art. 27: En la publicación de cualquier trabajo o investigación el psicólogo de citar las fuentes bibliográficas.
- Art. 28: En la publicación de los resultados de sus investigaciones el psicólogo debe divulgar los datos realmente obtenidos y todas las conclusiones que juzgue justificadas por la investigación realizada.

2.2.4. Consideraciones bioéticas

Debido a que en la investigación se trabajó con grupos humanos, y aún más considerando que se enfocó en un grupo vulnerable, es decir niños y niñas, fue de crucial importancia fundamentarse en las normativas éticas de la Declaración de Helsinki, con su última actualización en el año 2013. Abajo (2001) menciona que dicha declaración destaca el primordial respeto a los derechos individuales y colectivos de los participantes de una investigación y destaca la necesidad de una calidad moral y principios éticos del profesional para evitar procesos que se encuentren fuera de su experticia o no representen beneficio alguno como resultado.

De esta forma se empezó con la socialización de la información pertinente a los representantes de los posibles niños y niñas participantes, para posterior a esto solicitar su consentimiento y asentimiento respectivo.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del área/ grupo de estudio

La investigación se realizó dentro de la Escuela de Educación Básica Particular “Franklin Roosevelt”, ubicada en el sector de Miraflores, en el centro norte de Quito.

La investigación se llevó a cabo en la sección primaria, con los estudiantes de tercero y cuarto año de educación general básica, los cuales son los grupos que iniciaron su escolarización durante el periodo de pandemia, considerando que para el tiempo de desarrollo de la investigación, se encontraron en la etapa de tercera infancia, en la cual es sumamente importante, en base a lo mencionado por Val (2019), el desarrollo de un autoconcepto armónico o autoaceptación incondicional, desde la perspectiva de la autocompasión y relaciones sociales empáticas como parte de la formación integral del individuo dentro de los criterios del proceso evolutivo saludable y prevención de factores de riesgo.

3.2. Enfoque y tipo de investigación

3.2.1. Paradigma

Por determinación de estudio científico, la presente investigación tiene un paradigma positivista. A su vez, a nivel de fundamento epistemológico, se toman los aportes del Constructivismo o Cognitivism Social, especialmente los postulados de la corriente Histórico Cultural de Lev Vygotsky, la cual, como lo enuncian Cruz et al. (2019). se enfoca en el desarrollo del ser humano, desde sus primeros años, con gran importancia a la variable social e influencia del contexto, como generador de experiencias que impulsan su avance cognitivo.

A su vez, la fundamentación teórica y práctica parten de un fundamento epistemológico de la conjunción entre el Conductismo Radical y el Contextualismo

Funcional, propio de las terapias de tercera generación; Rodríguez, et al. (2022), definen este enfoque como la comprensión del ser humano en términos del resultado de aprendizajes que se manifiestan en conductas, mismas que incluyen a todos los estados psíquicos como pensamientos o emociones y tienen gran influencia de las situaciones en las que el individuo se desenvuelve.

3.2.2. Método

La investigación se enmarca dentro de una metodología cuantitativa, la cual según Hernández y Mendoza (2018), consiste en un conjunto sistemático de procesos empíricos que incluyen la recolección y análisis de datos de forma estadística y objetiva, para, tras su procesamiento y análisis, conllevar a una discusión conjunta permitiendo el desarrollo de inferencias como resultado del contraste de datos, logrando una comprensión verificable del fenómeno de estudio.

3.2.3. Diseño

La investigación se realizó con un Diseño Cuasiexperimental, la cual, es definida por Hernández, et al. (2014) como una variante de la investigación experimental, bastante utilizada en estudios sociales, caracterizada por la selección no aleatoria de grupos y la manipulación de una de las variables para fines de analizar la relación o causalidad dentro del fenómeno de estudio.

3.2.4. Alcance

Para la investigación se consideró un alcance del tipo explicativo.

Fossa (2021) define al alcance explicativo como el proceso metodológico que permite indagar en temáticas de las cuales no existe abundante información o han sido poco

abordados, con la finalidad de establecer relaciones de causa y efecto, que a su vez permitan establecer generalidades sobre la temática, demostrando así la incidencia de un fenómeno e incentivar a futuras profundizaciones del tema.

3.3. Procedimientos

En base a las 10 fases de la investigación cuantitativa postulada por Hernández y Mendoza (2018) el proceso de la investigación se resume en la Tabla 1:

Tabla 1.

Fases de la Ruta Cuantitativa

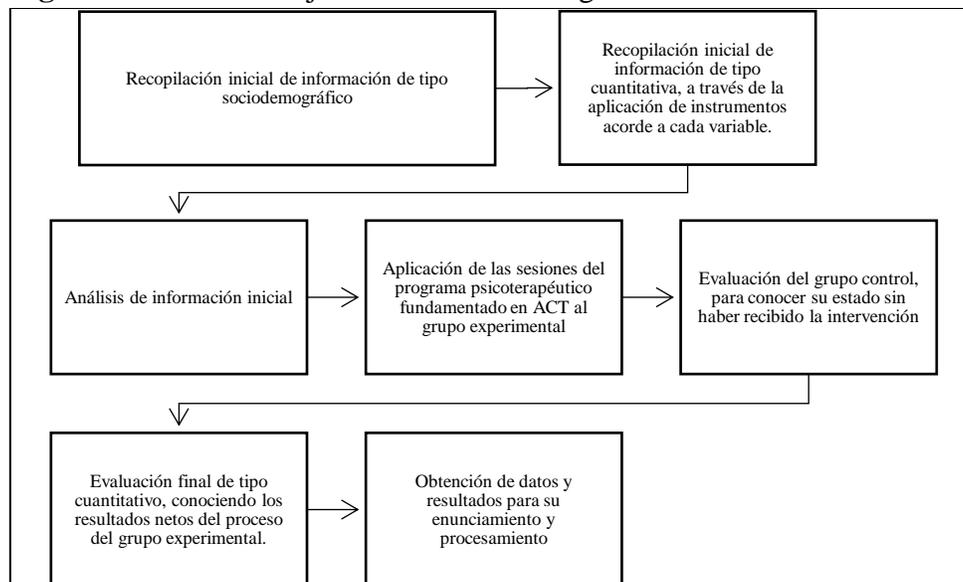
Fase	Contenido	Detalle
1	Idea	El tema surge del análisis de la práctica clínica propia, en la cual se ha partido de la literatura para el uso de terapias de tercera generación en población infantil, obteniendo resultados favorables. Esto se contrasta con la evidencia del incremento de casos ligados al déficit en la relación intra e interpersonal posterior a la pandemia. Por lo cual, se une a esos dos elementos para dar origen a la presente investigación.
2	Planteamiento del Problema	Se investiga el estado del arte, obteniendo información en el aspecto macro, meso y micro, es decir, mundial, internacional y nacional para contextualizar el estudio y poder justificar a la investigación como un aporte para el campo de la psicoterapia infantil, así como establecer el beneficio para la población.
3	Revisión de información y desarrollo del marco teórico	Partiendo de un análisis sistemático y analítico, de obras clásicas en temas de psicoterapia (ACT) y metodología de la investigación, así como de artículos científicos de buscadores de alta calidad como Scielo, Scopus, Pubmed, para tras una lectura rigurosa, clasificar la información de acuerdo con las variables y poder redactar el marco teórico utilizando principalmente el parafraseo.
4	Visualización del alcance de estudio	Se definió un alcance descriptivo debido a lo novedoso del tema y la necesidad de establecer características del fenómeno a través del estudio.
5	Elaboración de hipótesis y definición de variables	Por el tipo de alcance, no se definen hipótesis, debido a que no se prevé probar una cifra sino comprobar la eficacia de un tratamiento en base a la evolución del grupo poblacional. Variable independiente: Terapia de Aceptación y Compromiso. Variables dependientes: Autocompasión, Habilidades Sociales.
6	Desarrollo del diseño de investigación	La investigación sigue un diseño cuasiexperimental, para poder elegir los grupos de estudio por conveniencia (cumpliendo el criterio de iniciar la educación en periodo de pandemia, y dividirlos en grupo control y experimental para comprobar la importancia del tratamiento.
7	Definición y selección de la muestra	Se seleccionaron dos grupos, el tercero y cuarto año de EGB, con 27 estudiantes cada uno. Estos grupos fueron elegidos por conveniencia y se les asigna la categoría de grupo experimental y control respectivamente.

		Se reduce el espacio muestral a 26 por grupo, utilizando el método probabilístico.
8	Recolección de datos	Se aplican los instrumentos de evaluación correspondientes en las fases pretest y postest.
9	Análisis de datos	Se analizan en comparación los datos del grupo control y grupo experimental, y a su vez, se analiza el impacto del programa de intervención en el grupo experimental.
10	Elaboración del reporte de resultado.	Se desarrolla una discusión en base a los resultados y las fuentes de información de otros autores. Se procede a establecer conclusiones en base a los objetivos y se dejan recomendaciones.

Elaborado por: Cristhian Andrade

A manera de breve resumen, el procedimiento de la intervención siguió el orden lógico de implementación manifiesto en la Figura 3. Previo a la aplicación se realizaron los procesos administrativos en el sitio de estudio.

Figura 3. Proceso de Ejecución de la Investigación.



Nota. En la figura se resume el proceso de aplicación desde la metodología cuantitativa. Realizado por el autor, Cristhian Andrade.

3.3.1. Población y Muestra

Dentro de la población, se tiene dos grupos de 27 estudiantes, uno en el tercer año de EGB, y otro en el cuarto año de EGB. Estos participantes han sido seleccionados por el criterio de conveniencia del cuasiexperimento, al cumplir el criterio específico de haber

iniciado la educación durante el periodo de distanciamiento social referente a la pandemia de COVID-19.

A estos grupos de estudiantes se les asignó los siguientes criterios de inclusión y exclusión, para proceder a la delimitación del espacio muestral:

- **Criterios de Inclusión:** Estudiantes legalmente matriculados en la institución; Edad entre 6 – 9 años; consentimiento informado de los representantes y asentimiento de los estudiantes.
- **Criterios de Exclusión:** No cumplir con los criterios de inclusión, no contar con el consentimiento por parte de los representantes y asentimiento del estudiante; estar fuera del nivel académico de 3ero a 4to EGB; no asistir a la ejecución de los reactivos de evaluación dentro de los tiempos establecidos.

Para dar rigurosidad significativa al grupo procedente del proceso de selección, se aplicará subsecuentemente una técnica del Método Probabilístico, propio de técnicas cuantitativas, el cual, según Hernández et al. (2014) consiste en tomar un grupo representativo de la población finita y aplicar una fórmula que determine cuál es el valor muestral, para así obtener datos con un alto nivel de validez. Una característica que crucial de este tipo de muestreo, es que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos para la muestra.

Para el cálculo, se aplica la siguiente fórmula matemática:

$$n = \frac{z^2 \cdot \sigma^2 \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot \sigma^2}$$

Y se le asignará los siguientes valores:

- Número total de la población (N): 27 (Correspondiente al número de cada aula de estudiantes de los niveles previamente mencionados)
- Error máximo aceptable (e): 5%
- Nivel de confianza (z): 95% \approx 1.96
- Nivel de variabilidad (σ): 50%

Dando como resultado una muestra de 26 estudiantes de cada nivel, a quienes se procederá a realizar el proceso de evaluación inicial y final.

Finalmente, considerando a los dos grupos por nivel académico, tercer y cuarto año de EGB, se les asignó por conveniencia las categorías de grupo experimental y grupo control respectivamente. Siendo que, los estudiantes del tercer año de EGB serán el grupo beneficiario del proceso completo de evaluación e intervención y los estudiantes de cuarto año de EGB conformarán el grupo control.

3.3.2. Instrumentos

- **Escala de Autocompasión SCS (Versión Corta en Español)**

Autora: Kristin Neff

Año: 2003

Objetivo: Indagar la percepción de autoaceptación incondicional manifiesta en niños a partir de los 7 años de edad.

Aplicación: Individual o Grupal

Descripción: Consiste en un instrumento de 12 preguntas a ser respondidas con escala de Likert, donde el número 1 representa “casi nunca” y el número 5 representa “casi siempre”

Validación: Con un error aceptado 0.05, la prueba ha sido validada en población infantojuvenil, con realización en Chile y ampliada a su uso latinoamericano.

Evaluación: Se calcula cada subescala del test a través de la media aritmética de las respuestas de los ítems correspondientes. Para calcular el valor de cada ítem, debe tomarse en cuenta las puntuaciones reversas en las subescalas de autojuicio, aislamiento, y sobreidentificación, es decir 1 equivale a 5, 2 a 4 y así sucesivamente. Una vez calificadas las subescalas, se realiza otra media aritmética de los puntajes, para obtener un puntaje general, de donde se puede obtener un resultado según la Tabla 2.

Tabla 2.

Escala de evaluación de la Escala SCS (versión corta)

Puntaje Obtenido	Equivalente
1	Muy deficiente
2	Deficiente
3	Regular
4	Bueno
5	Muy bueno

Elaborado por: Cristhian Andrade

Fuente: López, et al. (2023).

- **Cuestionario de Habilidades Sociales para niños de Primaria Baja.**

Autor: Stephen R. Goldstein.

Año: 1989

Objetivo: Evaluar las habilidades sociales de los niños en situaciones cotidianas, incluyendo la comunicación, la interacción con los demás, la resolución de problemas sociales y la autoafirmación. Se utiliza en niños de edad entre 6 y 9 años.

Aplicación: A ser evaluado individualmente por parte de los padres y/o profesores.

Descripción: Consiste en un instrumento de 30 reactivos a ser resueltos con escala de respuestas, donde el niño puede responder a cada ítem con “nunca”, “a veces”, y “siempre”.

A su vez, el cuestionario se divide en seis subescalas:

- Iniciar una Conversación: Reactivos del 1 al 5.
- Mantener una Conversación: Reactivos del 6 al 10.
- Preguntar: Reactivos del 11 al 15.
- Dar gracias: Reactivos del 16 al 20.
- Presentarse y presentar a otros: Reactivos del 21 al 25.
- Saludar: Reactivos del 26 al 30.

Tanto de cada subescala, como del instrumento general, se obtiene un puntaje que se califica en niveles: bajo, medio y alto.

Puntuación: Para la calificación de este instrumento, las respuestas de “nunca”, reciben un valor de 0, las de “a veces” equivalen a 1 y “siempre” corresponde a 2.

Una vez obtenidos los valores de cada ítem, se realiza una sumatoria para obtener el puntaje de la evaluación. La escala evaluativa del instrumento se refleja en la Tabla 3.

Tabla 3.

Escala de evaluación del Cuestionario de Habilidades Sociales.

Aspecto de Evaluación	Bajo	Medio	Alto
	Puntaje Global de Habilidades Sociales	0-24	25-49
Subescalas	0-3	4-7	8-10

Elaborado por: Cristhian Andrade

Validación: Se selecciona este instrumento por su gran viabilidad en diferentes investigaciones y proyectos de salud a nivel global. Su margen de error aproximado es de 0.03.

Fuente: Ibarra (2020).

- **Encuesta sociodemográfica**

Objetivo: Recopilar información interviniente sobre la población participante.

Aplicación: Individual y Colectiva.

Descripción: A ser llenada por el representantes de cada niño o niña.

Se realiza, posterior a la recepción del consentimiento y asentimiento de los participantes, de forma anónima para proteger la identidad de menores de edad. Se tiene la finalidad de recopilar datos estadísticos generales que caracterizan a la muestra. Mide las variables de sexo, edad, nivel académico, así como la confirmación de haber iniciado la educación dentro del periodo de pandemia.

- **Programa de Intervención Psicoterapéutico fundamentado en ACT**

Autor: Cristhian Andrade

Año: 2023

Objetivo: Estimular el desarrollo de autocompasión y habilidades sociales.

Aplicación: Grupal

Descripción: El proceso de intervención psicoterapéutica se fundamentará en el enfoque ACT, teniendo como técnicas a la psicoeducación, modelado y el desarrollo de flexibilidad cognitiva, a la par del desarrollo de habilidades sociales.

El proceso de intervención se desarrollará a nivel grupal, teniendo 8 momentos, el inicial centrado en la psicoeducación sobre la intervención y encuadre terapéutico, 6 momentos dedicados respectivamente a cada fase del modelo Hexaflex, es decir el desarrollo de la flexibilidad cognitiva, y un momento final para la consolidación de experiencias.

Se partirá de los resultados de una evaluación inicial de la población, y se evaluará nuevamente al finalizar el proceso del grupo experimental para conocer el resultado del proceso de intervención, como se muestra en la Tabla 4, en contraste, con los resultados de la reevaluación del grupo control.

Tabla 4.

Planificación del Programa de Intervención

Nº	Temática	Objetivo	Población	Tiempo
1	Introducción al programa de intervención	Introducir a los participantes sobre la importancia y motivos del proyecto, así como las temáticas y planificación. Desarrollar un apropiado encuadre y relación terapéutica con los participantes.	Grupo de estudiantes	1 hora
2	Sesión ACT #1: Atención focalizada en el pasado/ futuro → Atención focalizada en el presente. OBSERVAR	Psicoeducar a los niños sobre la importancia de vivir en el aquí y en el ahora Desarrollar los principios de conciencia plena.	Grupo de estudiantes	1 hora
3	Sesión ACT #2: Evitación Experiencial → Aceptación INVESTIGAR	Estimular en los niños habilidades asertivas de afrontamiento y confrontación. Incentivar a la participación colectiva como equipo de apoyo y validación	Grupo de estudiantes	1 hora

4	Sesión ACT #3: Fusión cognitiva → Defusión cognitiva INVESTIGAR	Orientar a los niños a conocer la funcionalidad de sus pensamientos.	Grupo de estudiantes	1 hora
5	Sesión ACT #4: Conceptualización del yo → Contextualización del yo OBSERVAR	Desarrollar en la población infantil el sentido de su rol personal y social (empatía) Mostrar de forma auténtica las características personales en el entorno social	Grupo de estudiantes	1 hora
6	Sesión ACT #5: Actuación no guiada por valores → Acción centrada en valores VALORAR	Facilitar el reconocimiento de características y objetivos de valor en el niño (Autocompasión)	Grupo de estudiantes	1 hora
7	Sesión ACT #6: Confusión de valores → Resignificación de Valores VALORAR	Fomentar al desarrollo integral a través del cumplimiento de principios personales. Incentivar la participación social activa y efectiva en los niños.	Grupo de estudiantes	1 hora
8	Cierre del programa de intervención	Consolidar los aprendizajes impartidos durante el programa	Grupo de estudiantes	1 hora

Elaborado por: Cristhian Andrade

Sobre los grupos de participantes, tomando como referencia a la obra de Suárez y Casas (2020), se tiene que, desde el enfoque de ACT, no se busca encasillar al participante en rangos de gravedad, por lo que todos los miembros del grupo pueden ser beneficiarios para potenciar las habilidades en base al objetivo, en este caso, la autocompasión y habilidades sociales. Los autores sugieren que el número de participantes para ser significativo va entre a los 8 a 12 miembros, esto debido a que el factor social en la población infantojuvenil se vuelve un factor protector y de apoyo para la consecución del objetivo en la terapia grupal de línea contextual.

Para la facilidad del trabajo en condiciones idóneas, al grupo de estudiantes beneficiarios, es decir, el tercer año de educación general básica, fueron separados en tres subgrupos de igual número de participantes y se les aplicará la intervención en condiciones idénticas.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1. Perfil sociodemográfico de la muestra

En la Tabla 5, se puede observar la distribución por edad y género de los grupos experimental y control que han sido participes del proceso de investigación.

Tabla 5.

Perfil sociodemográfico de la muestra

	Grupo Experimental: Tercero EGB				Grupo Control: Cuarto EGB			
	<i>EDAD</i>							
	f	%	M	DS	F	%	M	DS
7 años	19	73,08%	7,31 ≈ 7	0,55	0	0,00%	8,42 ≈ 8	0,50
8 años	6	23,08%			15	57,69%		
9 años	1	3,85%			11	42,31%		
Total	26	100,00%			26	100,00%		
	<i>GÉNERO</i>							
	F		%		F		%	
	Masculino	12	46,15%	15	57,69%			
	Femenino	14	53,85%	11	42,31%			
	Total	26	100,00%	26	100,00%			

Nota: f= Frecuencia; %= Porcentaje; M= Media aritmética; DS= Desviación Estándar.

Elaborado por: Cristhian Andrade

4.1.2. Determinación de Normalidad de la muestra

Partiendo de la aplicación de la prueba de Kolmogorov Smirnov, debido a que se tiene un total de 52 participantes considerando a los dos grupos, se obtienen los valores reflejados en la Tabla 6.

Tabla 6.*Determinación de Normalidad de la muestra.*

Prueba de Normalidad	Datos de Grupo en diferencias Pre-Post	Valor p	Conclusión
Kolmogorov - Smirnov	Control	<0,001	No hay normalidad. Datos no paramétricos
	Experimental	0,001	No hay normalidad. Datos no paramétricos

Elaborado por: Cristhian Andrade

Estos valores reflejan que no se presume normalidad en la muestra, por lo que se procede a hacer cálculos de tipo no paramétrico.

4.1.3. Resultados del análisis entre grupo control y grupo experimental

4.1.3.1. Resultados netos de los grupos

Para iniciar se analizan los resultados obtenidos en cada una de las etapas de evaluación, pretest y postest, con lo cual a través de estadísticos se observa los estados iniciales y finales respectivos de cada grupo. Para llevar a cabo este proceso se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Estos resultados se reflejan en la Tabla 7.

Tabla 7.*Resultados netos en la aplicación pretest y postest de ambos grupos*

Etapa Pretest							
Variable	Instrumento	Grupo Experimental		Grupo Control		Estadístico <i>(U de Mann-Whitney)</i>	Valor p
		M	DS	M	DS		
Autocompasión	Escala SCS (Versión Corta)	2,58	0,99	2,62	0,80	344,500	0,900
Habilidades Sociales	Cuestionario de Habilidades Sociales de Goldstein	30,42	5,73	30,96	6,19	348,000	0,854

Etapa Postest							
Variable	Instrumento	Grupo Experimental		Grupo Control		Estadístico <i>(U de Mann-Whitney)</i>	Valor p
		M	DS	M	DS		
Autocompasión	Escala SCS (Versión Corta)	4,50	0,51	2,69	0,68	19,500	<0,001
Habilidades Sociales	Cuestionario de Habilidades Sociales de Goldstein	50,35	6,20	31,73	7,28	22,000	<0,001

Nota: M= Media aritmética; DS= Desviación Estándar.

Realizado por: Cristhian Andrade.

Como se observa en la Tabla 7, en cuanto al apartado de pretest, en ambas variables de evaluación, los valores p tras la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney son mayores a 0,05 lo que indica que en esta etapa no existe una diferencia en el grupo control y experimental, lo que se interpreta como que ambos grupos partieron el estudio en las mismas condiciones.

Por otra parte, en el apartado de postest, los resultados en ambas variables son menores a 0,05 de forma muy significativa obteniendo un valor menor a 0,001 lo que refleja que, tras el proceso de intervención, existe una diferencia notable entre los grupos participantes.

Al observar los valores de las medias aritméticas en cada grupo y en comparativa de las fases pre y postest se puede ver que en el grupo control se mantienen prácticamente invariables los resultados, mientras que en el grupo experimental existe un incremento, siendo que la diferencia obtenida a través de la prueba U de Mann-Whitney refleja dicho crecimiento a favor del grupo que recibió el tratamiento.

En la Tabla 8 se refleja un resumen de los puntajes considerando la media aritmética e interpretación psicométrica de cada test aplicado, de manera que se pueda visualizar de

manera clara los resultados en contraste a lo descrito anteriormente, sobre la diferencia significativa en los grupos tras la intervención.

Tabla 8.

Resumen de resultados e interpretación

Resumen de Resultados						
<i>Etapa Pretest</i>						
Variable:	Autocompasión			Habilidades Sociales		
Instrumento:	Escala SCS (Versión Corta)			Cuestionario de Habilidades Sociales de Goldstein		
Media	Valor Neto	Valor Redondeado	Variable Descriptiva de Evaluación	Valor Neto	Valor Redondeado	Variable Descriptiva de Evaluación
Grupo Experimental	2,58	3	Regular	30,42	30	Medio
Grupo Control	2,62	3	Regular	30,96	31	Medio
<i>Etapa Postest</i>						
Variable:	Autocompasión			Habilidades Sociales		
Instrumento:	Escala SCS (Versión Corta)			Cuestionario de Habilidades Sociales de Goldstein		
Media	Valor Neto	Valor Redondeado	Variable Descriptiva de Evaluación	Valor Neto	Valor Redondeado	Variable Descriptiva de Evaluación
Grupo Experimental	4,50	5	Muy bueno	50,35	50	Alto
Grupo Control	2,69	3	Regular	31,73	32	Medio

Realizado por: Cristhian Andrade.

En la Tabla 8, se puede ver que en cuanto al grupo control, el nivel de autocompasión es regular y el nivel de habilidades sociales es medio, manteniendo esa categoría al no ser beneficiarios del proceso de intervención. Con respecto al grupo experimental, en la etapa inicial se obtienen los mismos resultados categoriales, sin embargo, tras recibir el proceso de intervención se observa que el nivel de autocompasión asciende a muy bueno y el nivel de

habilidades sociales a alto. Esto en términos generales refiere que el manejo en cuanto a las relaciones intra e interpersonales del grupo experimental es superior a las del grupo control, mostrando efectividad del proceso.

4.1.3.2. Resultados del análisis entre grupos

Siendo este el resultado más importante, puesto que refleja los resultados tras el proceso de intervención, en el cual solo uno de los grupos ha sido beneficiado. Utilizando la prueba U de Mann-Whitney, con los datos procedentes de la diferencia entre ambos grupos, se detallan los resultados en la Tabla 9.

Tabla 9.

Resultados de la comparación de ambos grupos

VARIABLE	Diferencias Pre-Post Grupo Experimental		Diferencias Pre-Post Grupo Control		Estadístico (U de Mann-Whitney)	Valor p
	M	DS	M	DS		
Autocompasión	1,92	1,16	0,54	0,71	115,000	<0,001
Habilidades Sociales	20,00	7,48	7,15	5,58	85,000	<0,001

Nota: M= Media aritmética; DS= Desviación Estándar.

Realizado por: Cristhian Andrade.

Como se observa en la Tabla 9, el grupo experimental manifiesta una media superior en la evaluación de ambas variables, “Autocompasión” y “Habilidades Sociales”, lo que significa que las diferencias pre-post en este grupo son notables. Esto se corrobora con los valores de significancia que son menores a 0,001 en ambos casos lo que significa que la intervención ha sido muy significativa para la variación de los resultados obtenidos entre los grupos.

4.1.4. Medición del tamaño del efecto del programa de intervención

Tras los análisis previos, se aplica la prueba *g* de Hedges, la cual permite medir el tamaño del efecto que tiene el programa de intervención. El tamaño del efecto se mide en tanto que, si el valor de *g* es de 0,2 o menor corresponde a pequeño, si el valor rodea a 0,5 el tamaño es mediano y si supera a 0,8 es grande. Los resultados de este estadístico se reflejan en la Tabla 10.

Tabla 10.

Medición del tamaño del efecto

VARIABLE	Diferencias Pre-Post Grupo Experimental		Diferencias Pre-Post Grupo Control		Estadístico (<i>g</i> de Hedges)	Tamaño del Efecto
	M	DS	M	DS		
Autocompasión	1,92	1,16	0,54	0,71	1,413	Grande
Habilidades Sociales	20,00	7,48	7,15	5,58	1,918	Grande

Nota: M= Media aritmética; DS= Desviación Estándar.

Realizado por: Cristhian Andrade.

Como se observa en la Tabla 10, en las dos variables evaluadas el valor de *g* es superior a 0,8 lo que indica que el tamaño del efecto ha sido grande, representando que el proceso de intervención ha sido representativo en la mejoría de condiciones en el grupo.

4.2. Discusión

En la presente investigación se analizó el nivel de eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), para el desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil, enfocándose en el grupo que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19, puesto que, como se menciona en las investigaciones de Boldt, et al. (2021) y Etchebehere, et al. (2021) una consecuencia directa de dicha situación de gran calamidad

global repercutió significativamente en el desarrollo psicosocial, en las condiciones esperadas, en la infancia.

Rojas (2019) menciona la importancia del desarrollo de un autoconcepto seguro y validado durante el desarrollo, mismo que se da a la par de un aprendizaje interaccional a nivel social para entablar relaciones de cooperación significativa, lo cual en contraste a lo detallado por Papalia y Martorell (2017) se desarrolla de forma natural como parte del proceso evolutivo, entendiendo que es un punto donde se supone un desarrollo óptimo de dichas variables para garantizar una maduración adecuada de las mismas. Esto refiere la importancia de una interacción oportuna en la edad temprana.

Los resultados de la investigación, en la etapa de pretest reflejan en ambas variables un indicador intermedio, con la categoría de regular en cuanto a autocompasión y de medio para habilidades sociales), aspecto que no es adecuado con el postulado anterior y es corroborado por Almaraz, et al. (2019), debido a que la relación intra e interpersonal debería encontrarse lo suficientemente estimulado, considerando dicha edad como un punto crítico para el desarrollo.

Para este proceso, se decidió utilizar el enfoque clínico de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), debido a la consideración de una intervención contextual como un factor de apoyo para favorecer al desarrollo integral de las variables mencionadas en la población infantil. Alonso, et al. (2020), apoyan la premisa de la utilización de las denominadas terapias de tercera generación en la infancia, específicamente la ACT, aunque sus marcos teóricos y prácticos se han desarrollado principalmente orientadas a la población adulta, se ha demostrado de forma técnica un gran impacto de dichas técnicas en la infancia.

Tomando en cuenta el postulado anterior, se partió de las consideraciones generales del modelo terapéutico ACT, descrito por Hayes (2023) y como principal referencia al desarrollo teórico de Mandil (2022) para realizar una adaptación de las técnicas y enfocar adecuadamente el proceso de intervención a las condiciones del grupo infantil.

Dicha intervención demuestra una gran efectividad, lo que se refleja en los resultados al medir un tamaño del efecto del programa como “grande” y a la par, los niveles de significancia al analizar las diferencias entre las comparativas de ambos grupos muestran una gran significancia al diferenciar la etapa posttest de los grupos control y experimental, siendo este último notablemente superior como efecto directo a ser beneficiarios de la intervención psicoterapéutica. Díaz, et al. (2022) detallan resultados similares al aplicar un proceso grupal desde el enfoque contextual, lo que ratifica la utilidad de la aplicación de las terapias de tercera generación en población infantil.

En el estudio de Zambrano, et al. (2018), se hace evidente el incremento de aplicación de técnicas de tercera generación, especialmente aquellas centradas en mindfulness para abordar distintas problemáticas de la infancia, dando a entender la necesidad de aplicar dichas tecnologías de terapia conductual en este contexto. En contraste, la investigación de Alonso, et al. (2022), al analizar un caso único implementado la tecnología de ACT, se evidencia una reducción clínicamente significativa de las conductas disruptivas, así como el desarrollo de habilidades de flexibilidad psicológica tanto en el niño como en su grupo familiar.

A su vez, la obra de Díaz, et al. (2021) refleja que, en la población infantojuvenil, las denominadas terapias contextuales permiten una mejor adherencia al sistema terapéutico, así como un mayor desarrollo de habilidades ocupacionales, permitiendo lograr con mayor

facilidad los objetivos terapéuticos. Siendo que todos estos datos coinciden con los hallazgos y logros terapéuticos de la propuesta aplicada en la investigación

Es importante aclarar que, como mencionan Gano y Paterson (2023), la familia es un factor y entorno social son un factor protector para el desarrollo de dichas variables, como complemento a los resultados del proceso terapéutico. Tomando en cuenta esto, dentro de la intervención aplicada, se añadieron tareas de complemento para el hogar y el espacio académico que permitan reforzar los aprendizajes en el espacio entre cada sesión. Este aspecto es una cualidad que no es mencionada como tal en las investigaciones revisadas, sin embargo, debe ser considerada como parte del éxito del proceso terapéutico.

CAPÍTULO V. PROPUESTA

En esta sección se incluye, para visibilidad del lector, el modelo de terapia aplicada, junto con las técnicas correspondientes como un ejemplo de la adaptación aplicada, de manera que pueda ser replicada dentro del labor terapéutico. Se destaca nuevamente que esta construcción es realizada por el investigador respetando los postulados teóricos y ejemplos del autor del modelo ACT (Hayes, 2023) y la obra de Mandil (2022) quien ha adaptado previamente la terapia para la población infantojuvenil.

Como ejemplo de lo descrito, en la Tabla 11, se puede ver el modelo aplicado como tal en el proceso de intervención incluyendo las actividades utilizadas para el cumplimiento de los objetivos.

Tabla 11.

Modelo de ACT adaptado para la presente investigación

Sesión	Objetivo	Actividad Principal	Actividad Complementaria
Área: General		Proceso: Introducción del Proceso Terapéutico	
1	<p>Introducir a los participantes sobre la importancia y motivos del proyecto, así como las temáticas y planificación.</p> <p>Desarrollar un apropiado encuadre y relación terapéutica con los participantes.</p>	<p>1) Iniciar con una dinámica de integración haciendo énfasis en la recreación.</p> <p>2) Realizar una dinámica para presentarse y conocerse entre participantes y terapeuta.</p> <p>Variable: Autocompasión Aplicar una metáfora sobre la autocompasión, centrándose en la aceptación de momentos complicados y emociones desagradables.</p> <p>Permitir que cada participante hable libremente de su experiencia (en este caso de la pandemia).</p> <p>Variable: Habilidades Sociales Escuchar activamente las historias de cada compañero y dar una retroalimentación (levantar la mano si se sienten identificados y dar un mensaje al participante que ha hablado)</p>	<p><u>Para el hogar:</u> Realizar una reunión de los miembros del hogar y hablar del tema de la terapia (en este caso la pandemia). Se pide a los padres que sean modelos de la expresión de las emociones y aceptación de estas, para reforzar la idea de que existieron muchas respuestas emocionales y todas son válidas.</p> <p><u>Para la escuela:</u> Realizar una actividad grupal, armando un collage, que permita reflejar las experiencias de los niños y niñas durante la pandemia. Para armar el plenario se requiere la participación activa y colaborativa de todo el grupo.</p>
Área: OBSERVAR		Proceso: Atención focalizada en el pasado/ futuro → Atención focalizada en el presente.	
2	<p>Psicoeducar a los niños sobre la importancia de vivir en el aquí y en el ahora</p> <p>Desarrollar los principios de conciencia plena.</p>	<p>Entrenamiento en técnicas sencillas de respiración y conciencia plena.</p> <p>Apoyarse de las técnicas de “Tranquilos y Atentos como una rana” de la autora Eline Snel</p> <p>Variable: Autocompasión Practicar el “observar” las emociones que se experimentan tras la retroalimentación de</p>	<p><u>Para el hogar:</u> Práctica de la respiración de la rana, aprendida en la sesión, en conjunto con la familia.</p> <p>Formar un espacio de conciencia plena de 10 minutos diarios en casa.</p>

		<p>las experiencias narradas en la anterior sesión.</p> <p>Diferenciar la emoción del antes con el ahora, utilizando la pregunta ¿Esto que me dejé/ enseñó?</p> <p>Variable: Habilidades Sociales</p> <p>Se empieza hablando de los temores ligados al suceso y que estén vinculados hacia el futuro. Se forman grupos y entre ellos proceden a “poner el ancla” en el presente, en base a lo que han aprendido (práctica de empatía y contención)</p>	<p><u>Para la escuela:</u></p> <p>Acuñar el uso de técnica de conciencia plena como pausa activa al finalizar la jornada académica.</p>
Área: INVESTIGAR		Proceso: Evitación Experiencial → Aceptación	
3	<p>Estimular en los niños habilidades asertivas de afrontamiento y confrontación.</p> <p>Incentivar a la participación colectiva como equipo de apoyo y validación</p>	<p>Psicoeducar sobre las emociones, su función e importancia, especificando que no existen emociones positivas ni negativas.</p> <p>Variable: Autocompasión</p> <p>Juego del espejo: El terapeuta simula emociones para que cada participante las interprete y exprese a su manera. Tras esto se modela como “abrazar” la emoción, sin juzgarla ni rechazarla.</p> <p>Variable: Habilidades Sociales</p> <p>El teatro de las emociones: Se forman grupos aleatorios y a cada grupo se les asigna un problema. Se pide que los grupos actúen lo que ellos creen que solucionaría el problema, procurando el trabajo colaborativo.</p>	<p><u>Para el hogar:</u></p> <p>Adecuar el lenguaje del hogar para no usar etiquetas de valor sobre las emociones y adecuarlas al tema de “agradables” o “desagradables”.</p> <p>Los padres deben hablar de sus eventos “desagradables” y las estrategias usadas para confrontarlo. Motivando a la opinión y práctica de la empatía en el niño.</p> <p><u>Para la escuela:</u></p> <p>Ante los momentos de tensión en el aula, poner en práctica un “equipo de solución de problemas”, permitiendo que los niños sean antes activos en la confrontación de la problemática como una oportunidad de aprendizaje.</p>
Área: INVESTIGAR		Proceso: Fusión cognitiva → Defusión cognitiva	
4	<p>Orientar a los niños a conocer la funcionalidad de sus pensamientos.</p>	<p>Psicoeducar sobre las “etiquetas” que fusionan con el estado interno. Orientar hacia “no soy lo que siento/ pienso”</p> <p>Variable: Autocompasión</p> <p>Análisis funcional de la conducta (adaptado para niños): Enseñar a los niños a que identifiquen el por qué y para qué de sus propios pensamientos y emociones.</p> <p>Variable: Habilidades Sociales</p> <p>Registros de pensamiento (Juego de la organización del pensamiento): Formando parejas, hablar sobre las etiquetas que existen y cuestionar su existencia, fomentando separarse de ellas.</p>	<p><u>Para el hogar y para la escuela:</u></p> <p>Descontinuar el uso de las etiquetas dentro del lenguaje habitual y modelar el comportamiento a través de la conducta verbal.</p> <p><i>Ejemplo: “Yo, noto/ me doy cuenta que, estoy sintiendo ..., este momento porque...”</i></p>
Área: OBSERVAR		Proceso: Conceptualización del yo → Contextualización del yo	
5	<p>Desarrollar en la población infantil el sentido de su rol personal y social (empatía).</p> <p>Mostrar de forma auténtica las características personales en el entorno social.</p>	<p>Psicoeducación sobre los aspectos que se pueden controlar (propias emociones, conductas, palabras, ideas, etc.) y los que están fuera (los ligados a las demás personas y sociedad)</p> <p>Desarrollo del plenario “Mi papel en mi mundo” (Identificación del yo)</p> <p>Cada participante realiza un dibujo de su autorretrato, posteriormente es rodeado de las características que identifica como virtudes y debilidades</p> <p>Variable: Autocompasión</p> <p>Técnica de los 5 minutos privados: Una vez terminado el dibujo, procurando silencio y tras haber practicado una técnica de conciencia plena, observar empáticamente el concepto personal. Se concluye abrazando el dibujo.</p>	<p><u>Para el hogar y para la escuela:</u></p> <p>Hablar con los participantes sobre la realidad social en la que se encuentran, haciendo énfasis en los factores de riesgo y “malas influencias” que existen en la sociedad.</p> <p>Destacar la importancia de poder tomar propias decisiones (dar ejemplos propios del hogar y de los valores académicos)</p>

		<p>Variable: Habilidades Sociales Conocimiento espontáneo: Permitir que cada niño se acerque libremente a ver el dibujo de algún compañero y en conjunto puedan intercambiar ideas y conocerse de una forma adecuada.</p>	
Área: VALORAR		Proceso: Actuación no guiada por valores → Acción centrada en valores	
6	Facilitar el reconocimiento de características y objetivos de valor en el niño y su importancia en el contexto social.	<p>Variable: Autocompasión Mi lista de sueños: Cada niño hace un listado de aquello que quiere en su vida (planes, ideas de profesión, etc.) y posteriormente debe escribir el porqué de cada uno.</p> <p>Variable: Habilidades Sociales Psicodrama sobre el rol de los niños en la sociedad: Tras una lluvia de ideas de los participantes, se les pide realizar escenas donde ejemplifiquen a su manera cual debe ser su rol funcional en la sociedad.</p>	<p>Para el hogar: Hablar de los valores que practica la familia y permitir que cada miembro hable de lo que es importante y porqué para cada uno.</p> <p>Para la escuela: Desarrollar actividades que refuercen el hacer notable la importancia de la educación como un valor.</p>
Área: VALORAR		Proceso: Confusión de valores → Resignificación de Valores	
7	<p>Fomentar al desarrollo integral a través del cumplimiento de principios personales.</p> <p>Incentivar la participación social activa y efectiva en los niños.</p>	<p>Plan de vida centrado en valores: Se retroalimenta sobre lo aprendido hasta ahora, partiendo del problema nuclear (en este caso la pandemia). Enfocados en el aprendizaje y en el presente, se planea un objetivo para el momento presente.</p> <p>Variable: Autocompasión Decisión de un compromiso personal, centrado en sus valores a favor de su desarrollo personal.</p> <p>Variable: Habilidades Sociales Equipo imbatible: Tras una exposición pública de sus compromisos, el grupo ofrece retroalimentaciones de apoyo y sugerencia para favorecer el cumplimiento. El grupo en conjunto al finalizar, se propone su propio objetivo como aula.</p>	<p>Para el hogar: Los padres y/o sistema familiar, realizan un compromiso en conjunto a favor de mejorar las condiciones de la familia, respetando los criterios de cada miembro.</p> <p>Para la escuela: El compartir del conocimiento: Incentivar que los niños lleven su mensaje de aprendizaje a los demás niños de otros niveles educativos, incentivando su participación y expresión.</p>
Área: General		Proceso: Conclusión del Proceso Terapéutico	
8	Consolidar los aprendizajes impartidos durante el programa	<p>Variable: Autocompasión Exponiendo mi "mayor tesoro": Se da una pequeña caja a cada participante, dentro de la cual pueden guardar palabras o dibujos anotados en papel, siendo el reflejo de sus aprendizajes sobre sí mismos (pros y contras) y sus valores. Posteriormente cada niño expone su contenido hablando de la importancia de su contenido.</p> <p>Variable: Habilidades Sociales El mural de manos: En base a los contenidos del tesoro, cada niño selecciona un elemento de fortaleza y uno de debilidad, se les coloca pintura en las manos y se procede a plasmar sus huellas en un papelote, para posteriormente escribir dichas características encima de cada huella, a la final, se tendrá un mural armado con pros y contras que les refleja la fortaleza que tienen como grupo, incluso al confrontar la debilidad.</p>	<p>Para el hogar y para la escuela: Permitir que los niños hablen abiertamente de su experiencia en el proceso terapéutico en el hogar (individual) y en la escuela (grupal). Procurar que en cada entorno se mantengan los aprendizajes (a través de la consecución de las tareas previamente asignadas)</p>

Nota: Área= Referente al proceso desde la teoría de Mandil (2022) y Proceso= Referente al modelo Hexaflex de Hayes, et al. (2015).

Realizado por: Cristhian Andrade.

CONCLUSIONES

Se determinó que la Terapia de Aceptación y Compromiso fue realmente útil para el incremento del nivel de autocompasión y habilidades sociales en la población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19, esto debido a que tras el proceso de intervención existe un crecimiento significativo en el nivel del grupo beneficiario, demostrando una mejoría significativa en sus conductas intra e interpersonales.

El nivel de autocompasión y habilidades sociales en la población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19 se encontró en un nivel intermedio o regular, siendo un factor inquietante debido a que la infancia se considera como un punto álgido para el desarrollo psicosocial, por lo que la limitación en estimulación de esta área compromete el desarrollo integral.

Las técnicas y procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso, al ser adaptadas para la población infantil, considerando las características de desarrollo cognoscitivo pertinente, permitieron se aplique un protocolo en condiciones generando un impacto grande de intervención y el cumplimiento satisfactorio de los objetivos terapéuticos.

Se comprobó la hipótesis de la investigación, lo que significa que el aplicar un proceso de intervención psicoterapéutico grupal fundamentado en ACT, permitió desarrollar la autocompasión y habilidades sociales en la población infantil, pese a haber tenido una deficiente estimulación de interacción social como consecuencia de la pandemia, lo que refleja que el tratamiento permitió la mejoría en la relación intra e interpersonal de manera simultánea, siendo así realmente beneficiaria para el desarrollo integral de la población infantil.

RECOMENDACIONES

Es importante continuar adaptando procesos psicoterapéuticos de vanguardia y demostrable evidencia científica en la población infantil, tomando como punto de partida el dominio de conocimiento sobre condiciones y características de la población para una correcta adaptación.

Replicar el estudio en condiciones similares, a nivel experimental, para que la aleatoriedad de los grupos aporte más información para la validación del proceso.

Realizar estudios similares, sobre los impactos de la pandemia de COVID-19, considerando otras variables, como los factores socioeconómicos y demográficos como determinantes.

Partir de los resultados de la presente investigación para desarrollar protocolos adaptados para otras problemáticas de la población infantil centrados en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

REFERENCIAS

- Abajo, F. (2001). La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente?. *Revista Española de Salud Pública*, 75(5), 407-420.
- Acosta, M., Cupajita, L. y Urbina, I. (2022). Flexibilidad psicológica y aplicación individual o grupal, presencial o virtual, de metáforas de la terapia de aceptación y compromiso. *Indagare*, 3(10), 1–12. <https://doi.org/10.35707/indagare/1004>
- Almaraz, D., Coeto, G. y Camacho, E. (2019). Habilidades sociales en niños de primaria. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 10(19). 191-206.
- Alonso, A., Barbero, A., Ruiz, F. y Gil, B. (2022). Terapia de aceptación y compromiso en un niño con celos y rumia disfuncionales. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 21-45. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1146>
- Aranda, G., Elcuaz, M., Fuertes, C., Güeto, V., Pascual, P. y García, E. (2018). 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.
- Araya, C. y Moncada, L. (2016). Auto-compasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 25(1). 67-78
- Arévalo, C., Dávila, Y., Álvarez, F., Peñaherrera, M. y Vélez, X. (2019). El mindfulness para mejorar procesos ejecutivos y cognitivos en niños con altas capacidades. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 5(1), 429–440. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1623>
- Ayala, R. y Rodríguez, M. (2022). Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Gestalt: Factores de Convergencia. *Revista de Psicoterapia*. 31(116). 263-278. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>
- Baysan, C., Palanbek, S., y Emel, A. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on mental health (anxiety and depression symptoms) in the United States of America. *Revista de la Facultad de Medicina*, 69(4), e209. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n4.95387>

- Boldt, K., Coenen, M., Movsisyan, A., Voss, S., Rehfuess, E., Kunzler, A., Lieb, K., y Jung-Sievers, C. (2021). Interventions to Ameliorate the Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Children—A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2361. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052361>
- Cruz, F., Lorenzo, Y., y Hernández, A. (2019). La obra de Vygotsky como sustento teórico del proceso de formación del profesional de la educación primaria. *Conrado*, 15(70), 67-73.
- Díaz, M., Marín, M. y Martínez, L. (2021). Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 67-87. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100005>
- Esteves, A., Paredes, R., Calcina, C., y Yapuchura, C. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción*, 11(1), 16-27. <http://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- Etchebehere, G., León, R., Silva, F., Fernández, D., y Quintana, S. (2021). Percepciones y emociones ante la pandemia: recogiendo las voces de niños y niñas de una institución de educación inicial pública del Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(1), 5-23. <https://doi.org/10.26864/PCS.v11.n1.1>
- Fiorentin, L., y Beltrame, V. (2022). Distanciamiento social por Covid 19: repercussão na rotina de universitários. *Revista Cuidarte*, 13(1), e11. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2093>
- Fossa, P. (2021). *Manual de Metodología de Investigación*. Universidad del Desarrollo
- Gano, L. y Peterson, M. (2023). Connections between caring climate, self-compassion, self-pity, and reactions to an emotionally difficult sport situation. *Psychology of sport and exercise*, 67(1), 102428. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2023.102428>
- Gil, J., Vargues, P., Azeredo, S., Soares, P., Moura, H., Arcencio, R., Oliveira, A., Gama, A., Sousa, A., Nunes, C., Feliciano, A., Laires, P., Ferreira, S., Souza, R., Pinto, L., y

- Abrantes, A. (2022). Physical Distancing and Mental Well-Being in Youth Population of Portugal and Brazil during the COVID-19 Pandemic. *Portuguese Journal of Public Health*, 40(2), 91-100. 10.1159/000525248.
- González, A. y Molero, M. (2022). Las habilidades sociales y su relación con otras variables en la etapa de la adolescencia: Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(1), 113-123. 10.33881/2027-1786.rip.15111
- Gutiérrez, M., Balabanian, C., Klos, M. y Delgado, C. (2022). Autocompasión y bienestar psicológico en población oncológica. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 14(1), 144-145.
- Hayes, S. (2023). *Una mente liberada: La guía esencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Paidós.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. Desclée de Brouwer.
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa Y Mixta*. McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Ibarra, M. (2020). *Las habilidades sociales desde la tipología de Goldstein: un análisis psicosocial en niños de 6 a 8 años en la ciudad de victoria de durango*. [Tesis de Maestría]. Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Klos, M. y Lemos, V. (2020). *Diez fundamentos psicológicos de la conducta de ayuda*. Universidad de Navarra.
- López, A. Mondragón, R., Sánchez, R. y Moreno, A. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Autocompasión (SCS) en México. *Psicología y Salud*. 33(1). 217-228. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2785>

- Mandil, J. (2022). *ACT para Niñas y Niños - Terapia de Aceptación y Compromiso para consultantes jóvenes y sus familias*. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata EDULP.
- Montalvo, D., y Jaramillo, A. (2022). Habilidades sociales y autoconcepto en adolescentes durante el aislamiento social por pandemia de COVID-19. *Revista Eugenio Espejo*, 16(3), 47-57. <https://doi.org/10.37135/ee.04.15.06>
- Múzquiz, J., Pérez, A. y Bermúdez, J. (2021). Autoestima, autocompasión y afecto positivo y negativo en víctimas y agresores de bullying: Estudio comparativo con medidas autoinformadas e informadas por pares. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 23-33. <https://doi.org/10.5944/rppc.28156>
- Paliza, V. (2023). Entendiendo la Terapia de Aceptación y Compromiso: Estado actual y Bases teóricas. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 49(180), 83-99. <https://doi.org/10.33776/amc.v49i180.7614>
- Papalia, D. y Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. (13 Ed). McGraw Hill.
- Rodríguez, L., Vivas, S., Mateos, A., Pérez, C. y Ruiz, A. (2022). Behavior therapy: roots, evolution, and reflection on the relevance of behaviorism in the clinical context. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 209-217. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.2994>
- Rojas, S. (2019). *Autocompasión y percepción de la alianza terapéutica en terapeutas practicantes de la especialización en psicología clínica en niños y adolescentes: un estudio exploratorio*. [Tesis de Maestría, Universidad Católica de Pereira]. <https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/5550>
- Sánchez, I. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *Medisan*, 25(1). 123-141
- Sandoval, A., González, V. y Madriz, L. (2020). Retos y oportunidades: teatro como estrategia de mediación pedagógica para el desarrollo de habilidades sociales. *Revista Innovaciones Educativas*, 22(32), 65-77. <https://dx.doi.org/10.22458/ie.v22i32.2821>
- Unuzungo, M., Balladares, C., Bravo, B., Gordon, C., Quito, L. y Fernandez, G. (2022). Habilidades sociales: desarrollo desde lo lúdico, en niños de etapa preescolar.

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6(1), 544-557.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1517

Val, N. (2019). *La autocompasión como factor protector en el maltrato infantil. Una revisión sistemática*. [Trabajo final de master, Universidad de Zaragoza], Zagan – Repositorio Institucional de documentos.

Zambrano, S., Camargo, L., Jerez, J., Gómez, G. y Perea, L. (2018). Análisis bibliométrico de intervenciones basadas en terapia de tercera generación para niños y adolescentes en Iberoamérica y Europa. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 83-96.
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.06>

ANEXOS

A. Reactivos de Evaluación

A.1. Escala de Autocompasión SCS (versión corta)

ESCALA DE COMPASIÓN SCS EN ESPAÑOL. VERSIÓN CORTA DE 12 ITEMS

CÓMO SUELO ACTUAR CONMIGO MISMO/A EN MOMENTOS DIFÍCILES

Por favor, antes de responder, lea atentamente las siguientes afirmaciones. A la izquierda de cada ítem, indique con qué frecuencia actúa en la forma señalada, empleando la siguiente escala:

Casi Nunca					Casi siempre
1	2	3	4		5

_____ SC1. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.

_____ SC2. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

_____ SC3. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.

_____ SC4. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que la mayoría de la gente es probablemente más feliz que yo.

_____ SC5. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.

_____ SC6. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.

_____ SC7. Cuando algo me disgusta, trato de mantener mis emociones en equilibrio.

_____ SC8. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.

_____ SC9. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que va mal.

_____ SC10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.

_____ SC11. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.

_____ SC12. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

A.2. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein para la primaria temprana

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES DE GOLDSTEIN DE 7 A 9 AÑOS				
N	ITEMS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
INICIAR UNA CONVERSACIÓN				
1	Se presenta a los demás diciendo su nombre.			
2	Tiene facilidad para iniciar una conversación.			
3	Se expresa en forma adecuada ante los demás.			
4	Vocaliza bien las palabras al iniciar una conversación.			
5	Trata temas propios de su vivencia. (Habla sobre sus experiencias)			
MANTENER UNA CONVERSACIÓN				
6	Responde adecuadamente cuando otro niño le conversa			
7	Expresa lo que le gusta, lo que piense y desea respetando a los demás.			
8	Da negativas de forma adecuada (cuando otro niño le pide hacer algo que no considera correcto, se niega de modo apropiado).			
9	Tiene facilidad para mantener una conversación agradable.			
10	Cuando conversa espera su turno para hablar			
PREGUNTAR				
11	Hace preguntas con facilidad			
12	Pregunta siempre cuando no entiende algo.			
13	Formula preguntas sin temor.			
14	Formula preguntas de acuerdo al contexto de la conversación			
15	Queda satisfecho a la respuesta generada por su pregunta			
DAR GRACIAS				
16	Agradece en forma espontánea.			
17	Propicia el agradecimiento en sus compañeros.			
18	Expresa gratitud por favores recibidos.			
19	Permite que los demás sepan agradecer sus favores.			
20	Responde con gestos de gratitud.			
PRESENTARSE Y PRESENTAR A OTROS				
21	Se presenta de forma adecuada ante sus compañeros de aula			
22	Utiliza la presentación en trabajos de exposición.			
23	Presenta a sus compañeros utilizando un buen vocabulario.			
24	Ayudas a los demás que se conozcan entre sí.			
25	Se presenta con facilidad cuando conoce a un compañero.			
SALUDAR				
26	Saluda a todos sin distinción alguna.			
27	Se despide al salir.			
28	Utiliza el saludo de acuerdo al tiempo (mañana, tarde, noche)			
29	Saluda al ingresar a un ambiente o lugar.			
30	Responde con afecto cuando le saludan.			

B. Formatos Aplicados

B.1. Formato de Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA		
Año Lectivo Actual:	Tercero EGB	Cuarto EGB
Número de lista:	_____	
<i>(Manejar únicamente para control de cumplimiento y asistencia, evitando uso del nombre)</i>		
Sexo:	Masculino	Femenino
Fecha de Nacimiento:	_____	
Edad:	_____	
¿Existe, adecuadamente archivado, los documentos de consentimiento y asentimiento informado?		
	Sí	No

B.2. Formato de consentimiento y asentimiento informado para Grupo Experimental

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Reciba un cordial saludo, el presente afiche tiene la finalidad de solicitarle de manera comedida, autorice la participación de su representado dentro del proyecto de investigación "ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) para desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19", en la cual se realizarán evaluaciones sobre habilidades intra e interpersonales, seguidos de talleres de intervención de manera recreativa y lúdica que contribuirán al desarrollo integral de su niño o niña, potenciando su inteligencia emocional y habilidades sociales.

Cabe recalcar que toda información referente a su representado será trabajada como datos numéricos, conservando el anonimato y privacidad en garantía de los derechos de la población infantil. De la misma manera, se indica que la actividad no tiene ningún costo y no se requerirá de materiales adicionales, a la par que se trabajará dentro de la jornada académica, en base a los tiempos establecidos por las autoridades, en el tiempo de febrero - marzo del 2024

Cualquier duda o inquietud, puede comunicarse al correo: cris.psiinf@gmail.com

Atentamente,

Psic. Cristhian Andrade

Psicólogo Infantil y Psicorrehabilitador

Maestrante en Psicología Clínica mención Psicoterapia

Yo, _____, representante del niño/
niña _____, perteneciente al _____

(curso/grado), autorizo de forma libre y voluntaria que mi representado forme parte del proyecto de investigación previamente mencionado, a favor del desarrollo socioemocional integral infantil; recalcando que toda información proveniente de mi representado/a en particular, se maneje de forma anónima.

Número de Cédula: _____

Firma: _____

CARTA DE ASENTIMIENTO

Hola amiguito o amiguita, mi nombre es Cristhian y me encuentro realizando una investigación, la cual te va a beneficiar mucho ya que vamos a aprender juntos mientras nos divertimos sobre como debernos tratarnos a nosotros mismos y a los demás y que así podamos crecer de la mejor manera.

Dentro de esto, tú vas a ser la parte más importante, ya que vas a dar unas pruebas (tranquilo, tranquila, no te asustes, no tienes que estudiar nada para ellas y tampoco tienen calificación), y tendremos unos divertidos talleres en donde a través del juego vamos a aprender muchas cosas y pasarlo muy bien.

Toda tu información se va a quedar en secreto, así que no hay nada que temer; si aceptas la invitación, por favor pon tu nombre en la parte de abajo; muchas gracias.

Atentamente,

Psic. Cristhian Andrade

Psicólogo Infantil y Psicorrehabilitador

Maestrante en Psicología Clínica mención Psicoterapia

Yo, _____, representante del
perteneciente al _____ (curso/grado), estoy de acuerdo libre y
voluntariamente de formar parte del proyecto de investigación previamente
mencionado, a favor de mi desarrollo socioemocional integral.

Firma (o nombre favorito): _____

B.3. Formato de consentimiento y asentimiento informado para Grupo Control

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Reciba un cordial saludo, el presente afiche tiene la finalidad de solicitarle de manera comedida, autorice la participación de su representado dentro del proyecto de investigación "ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) para desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19", en la cual se realizarán evaluaciones sobre habilidades intra e interpersonales, que aportarán información sobre el estado socioemocional que a su vez, permita la búsqueda de estrategias adecuadas para potenciar la inteligencia emocional y habilidades sociales de los estudiantes.

Cabe recalcar que toda información referente a su representado será trabajada como datos numéricos, conservando el anonimato y privacidad en garantía de los derechos de la población infantil. A su vez, las evaluaciones no repercuten de ninguna manera en las calificaciones de su representado. De la misma manera, se indica que la actividad no tiene ningún costo a la par que se evaluará dentro de la jornada académica, en base a los tiempos establecidos por las autoridades, en el tiempo de febrero - marzo del 2024.

Cualquier duda o inquietud, puede comunicarse al correo: cris.psiinf@gmail.com

Atentamente,

Psic. Cristhian Andrade

Psicólogo Infantil y Psicorrehabilitador

Maestrante en Psicología Clínica mención Psicoterapia

Yo, _____, representante del niño/ niña _____, perteneciente al _____ (curso/grado), autorizo de forma libre y voluntaria que mi representado forme parte del proyecto de investigación previamente mencionado, a favor del desarrollo socioemocional integral infantil; recalcando que toda información proveniente de mi representado/a en particular, se maneje de forma anónima.

Número de Cédula: _____

Firma: _____

CARTA DE ASENTIMIENTO

Hola amiguito o amiguita, mi nombre es Cristhian y me encuentro realizando una investigación, la cual te va a beneficiar mucho ya que va a permitir conocer cómo nos relacionamos las niñas y niños.

Dentro de esto, tú vas a ser la parte más importante, ya que vas a dar unas pruebas (tranquilo, tranquila, no te asustes, no tienes que estudiar nada para ellas y tampoco tienen calificación).

Toda tu información se va a quedar en secreto, así que no hay nada que temer; si aceptas la invitación, por favor pon tu nombre en la parte de abajo; muchas gracias.

Atentamente,

Psic. Cristhian Andrade

Psicólogo Infantil y Psico-rehabilitador

Maestrante en Psicología Clínica mención Psicoterapia

Yo, _____, representante del
perteneciente al _____ (curso/grado), estoy de acuerdo libre y
voluntariamente de formar parte del proyecto de investigación previamente
mencionado, a favor del desarrollo socioemocional integral.

Firma (o nombre favorito): _____

C. Evidencias

C.1. Ejemplo de consentimiento y asentimiento de participantes del Grupo Experimental

Consentimiento Informado lleno

Yo, Alexandra _____, representante del niño/
niña Sebastián _____, perteneciente al 3^o
(curso/grado), autorizo de forma libre y voluntaria que mi representado forme parte del
proyecto de investigación previamente mencionado, a favor del desarrollo
socioemocional integral infantil; recalando que toda información proveniente de mi
representado/a en particular, se maneje de forma anónima.

Número de Cédula: 100 _____

Firma: Alexandra _____

Asentimiento Informado lleno

Yo, K _____, representante del
perteneciente al Tercero (curso/grado), estoy de acuerdo libre y
voluntariamente de formar parte del proyecto de investigación previamente
mencionado, a favor de mi desarrollo socioemocional integral.

Firma (o nombre favorito): K _____

C.2. Ejemplo de consentimiento y asentimiento de participante del Grupo Control***Consentimiento Informado lleno***

Yo, Edison _____, representante del
niño/ niña Paula _____, perteneciente al
4^{to} (curso/grado), autorizo de forma libre y voluntaria que mi
representado forme parte del proyecto de investigación previamente mencionado, a
favor del desarrollo socioemocional integral infantil; recalcando que toda información
proveniente de mi representado/a en particular, se maneje de forma anónima.

Número de Cédula: 17 _____

Firma: Edison _____

Asentimiento Informado lleno

Yo, M _____, representante del
perteneciente al 4^{to} (curso/grado), estoy de acuerdo libre y
voluntariamente de formar parte del proyecto de investigación previamente
mencionado, a favor del desarrollo socioemocional integral.

Firma (o nombre favorito): A _____

C.3. Certificado de haber desarrollado el plan de intervención



Quito, 28 de marzo del 2024

CERTIFICADO

Motivo: Aplicación Práctica de Proyecto de Investigación

A través del presente documento, se da constancia que el maestrante **Cristhian Gabriel Andrade Pazmiño** con número de cédula **1724453053**, perteneciente al programa de **Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia**, ha desarrollado dentro de la institución en los meses de febrero a marzo del 2024, el plan de intervención psicoterapéutico grupal, con los respectivos momentos de evaluación perteneciente a su proyecto de investigación para titulación **"Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para desarrollo de autocompasión y habilidades sociales en población infantil que inició su escolarización durante la pandemia de COVID-19"**, cumpliendo con los acuerdos y objetivos establecidos dentro de la planificación propuesta.

El maestrante puede hacer uso del presente certificado como constancia del cumplimiento de su actividad en favor del desarrollo y culminación de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Msc. Marcela Vilamar
DIRECTORA

Escuela de Educación Básica Particular "Franklin D. Roosevelt"

C.4. Fotografías varias del proceso de investigación



