

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Autocompasión y sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina de
Cusco**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
BACHILLER EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

Camilo José Quintana Castro

ASESORA

Patricia Martínez Uribe

2019

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo explorar la relación entre autocompasión, y sus componentes, y sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de estudiantes de medicina de una universidad privada de Cusco. Para ello, se evaluó a 104 estudiantes de pregrado de medicina con edades entre 18 y 25 años ($M = 20.14$) utilizando la Escala de Autocompasión (SCS) y el Hopkins Symptoms Checklist 25 (HSCL-25). Además, se analizaron la relación entre las variables del estudio y algunos datos sociodemográficos y personales, asociadas a la salud y al ámbito académico. Los resultados mostraron que existía una correlación moderada positiva y significativa entre el puntaje total de la Escala de Autocompasión y la sintomatología ansiosa y depresiva. Sin embargo, se observa que los factores asociados con los polos negativos de las dimensiones de la autocompasión son los que presentan correlaciones más fuertes. Más aún, se sugiere que estos factores se asocian y asemejan con variables vinculadas con la psicopatología.

Palabras clave: Autocompasión, Sintomatología Ansiosa, Sintomatología Depresiva, Distrés Psicológico, estudiantes de medicina.

Abstract

This research aims to explore the relationship between self-compassion and anxious and depressive symptomatology in a group of medical students at a private university situated in Cusco. To do this, Self-Compassion Scale (SCS) and Hopkins Symptoms Checklist 25 (HSCL-25) were used to assess 104 undergraduate medical students aged between 18 and 25 years ($M = 20.14$). In addition, relationships between these variables and personal data, including sociodemographic, academic and health information, were analyzed. Results showed a significant and positive moderated correlation between SCS total score and anxious and depressive symptomatology. However, it was observed that factors linked to negatives poles of self-compassion dimensions had stronger correlations compared with positive poles. Further, it can be suggested that these former factors are related and similar to variables associated with psychopathology.

Keywords: Self-Compassion, Anxious Symptomatology, Depressive Symptomatology, Psychological Distress, Medical Students

Agradecimientos

A mi familia.

A los participantes de la investigación.

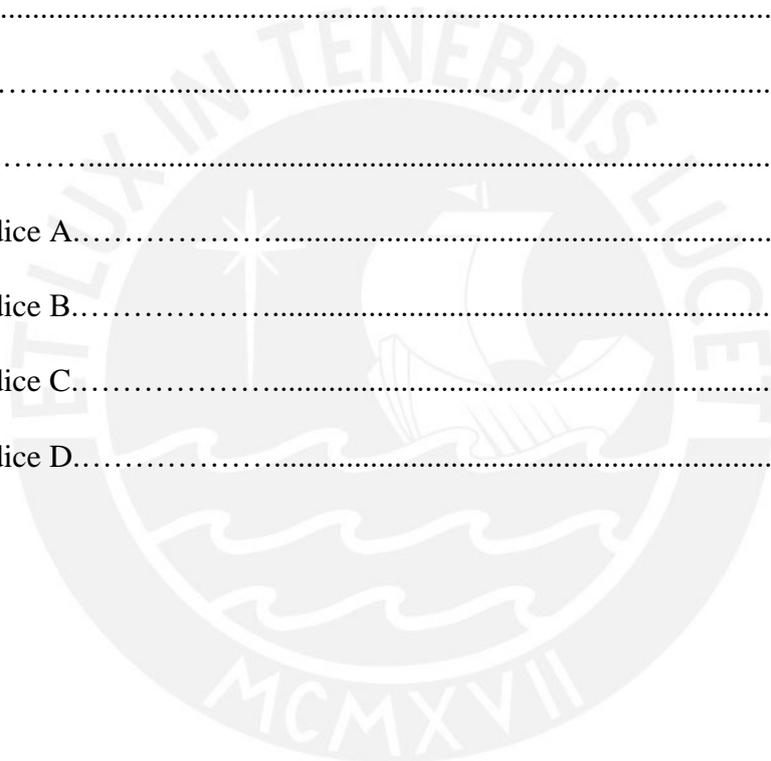
A la Pontificia Universidad Católica del Perú.

A mi asesora, Patricia Martínez.



Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Método	9
Participantes.....	9
Medición.....	9
Análisis de datos.....	12
Resultados	14
Discusión	19
Referencias.....	26
Apéndices.....	37
Apéndice A.....	37
Apéndice B.....	38
Apéndice C.....	39
Apéndice D.....	42



Introducción

Aunque la universidad se presenta como un lugar lleno de posibilidades y oportunidades para el crecimiento y el desarrollo personal de los estudiantes, también puede ser un ambiente que pone en riesgo la salud mental de estos. Varias investigaciones que se han realizado en diferentes contextos han señalado, en su mayoría, la presencia de mayores niveles de estrés mental en los estudiantes universitarios en comparación con la población general (ACHA, 2018; Beiter, et al., 2015; Fawzy & Hamed, 2017; Oksanen, Laimi, Björklund, Löyttyniemi, & Kunttu, 2017; Stallman, Ohan, & Chiera, 2018).

Más aún, en Finlandia, un estudio nacional ha reportado un incremento del estrés psicológico global en los estudiantes universitarios entre los años 2000 y 2012, el cual aumentó de 22% a 28% (Oksanen, Laimi, Björklund, Löyttyniemi, & Kunttu, 2017). Mientras que, en Estados Unidos, se observa el incremento de sintomatología clínica entre los años 2008 y 2018. Según las encuestas anuales realizadas por la Asociación Americana de Salud Universitaria (ACHA, 2009; ACHA, 2018), se identifica un incremento en los síntomas psicológicos experimentados con mayor frecuencia por los alumnos (ansiedad de 10.4% a 22%, depresión de 10.2% a 17.3%, ataques de pánico de 5.1% a 11%).

Los estudiantes universitarios se enfrentan a diferentes tipos de estresores que, en ciertas circunstancias, pueden ser perjudiciales para su salud (Dusselier, Dunn, Wang, Shelley & Whalen, 2005). En este sentido, se indica que el ámbito académico presenta una serie de demandas generadoras de estrés en los estudiantes, como son las evaluaciones (Wass, Timmermans, Harland, & McLean, 2018), la carga académica y los trabajos grupales (Pozos-Radillo, Preciado-Serrano, Acosta Fernández, Aguilera-Velasco, Delgado, 2014). Aunque el estrés académico suele ser una respuesta adaptativa a las demandas del entorno universitario y puede promover un mejor rendimiento del estudiante, Stallman (2010) ha sugerido que, elevados niveles de estrés académico en los estudiantes suelen generar un menor rendimiento, deserción estudiantil y, a largo plazo, serían perniciosos para su bienestar psicológico.

Más allá del área académica, se ha observado que existen otros factores a nivel personal y social que son fuentes de estrés para los universitarios. En esta línea, por ejemplo, la encuesta anual realizada por la Asociación Americana de Salud Universitaria (ACHA, 2018) identifica que los problemas financieros son la segunda

situación difícil de enfrentar por los estudiantes, luego del ámbito académico. Este dato, concuerda con lo expuesto en otras investigaciones (Stallman et al., 2018).

Asimismo, la mayoría de estudiantes universitarios se encuentran en un periodo de transición entre la adolescencia y la adultez: la adultez emergente. Esta etapa se encuentra marcada por cambios sociales, físicos y psicológicos (Hendry & Kloep, 2007). A nivel social, existe un incremento de la demanda de autonomía, lo que a su vez se relaciona con un aumento de las responsabilidades del individuo (Saravia & Chau, 2017; Newcomb-Anjo, Barker, & Howard, 2016). Hendry y Kloep (2007) señalan que esta situación puede contribuir a la disminución del bienestar subjetivo y de la salud mental del adulto emergente. En esta línea, por ejemplo, un estudio trans-seccional en Estados Unidos ha identificado un pico de prevalencia de episodios depresivos mayores en la adultez emergente, en contraste con la niñez, adolescencia y adultez (Rohde, Lewinsohn, Klein, Seeley & Gau, 2013).

Cabe añadir que debido a que el periodo de la adultez emergente involucra una mayor autonomía psicológica, ello conlleva a una mayor independencia en la toma de decisiones, lo cual puede influir en la salud de los adultos emergentes (Saravia & Chau, 2017). En relación a ello, un estudio realizado en una universidad de Lima señaló la existencia de un porcentaje significativo de alumnos que realizaba poca o ninguna actividad y ejercicio físico, así como escaso o nulo cuidado preventivo de su salud, poco consumo de agua, frutas y verduras, y un consumo excesivo de alcohol y tabaco (Becerra, 2016).

Aunque se observe la existencia de un detrimento de la salud mental en los estudiantes universitarios en general, cabe señalar que la experiencia universitaria no es universal para todos ellos (Sloan & Clayman, 2018). Los factores estresantes a los que los alumnos se enfrentan varían de acuerdo a la carrera de estudio. Es decir, ciertos cursos y campos académicos suponen diferentes niveles de presión académica (Castillo Pimienta, Chacón de la Cruz & Díaz-Véliz, 2016). Sloan y Clayman (2018) señalan, por ejemplo, que un estudiante que se encuentra en el campo de la educación puede enfrentar diferentes desafíos y oportunidades contextuales en comparación con un estudiante de odontología. Así, las diferentes disciplinas proporcionan a los estudiantes sus propias normas, expectativas, valores y culturas epistémicas (Trowler, 2001).

La carrera de medicina es, comúnmente, una de las más valoradas por la sociedad (Dyrbye, Thomas, Shanafelt, 2006). Los alumnos de esta carrera son observados como individuos exitosos con altas capacidades cognitivas y académicas,

logrando pasar los obstáculos de los requisitos de entrada y las presiones de competitividad académica (Sirota, Moskovchenko, Yaltonsky & Yaltonskaya, 2018; Oro, Esquerda, Viñas, Yuguero & Pifarre, 2017). Sin embargo, también estos estudiantes se han percibido como una población con mayor riesgo a presentar mayores niveles de distrés psicológico (Dyrbye, et al., 2006; Cuttilan, Sayampanathan & Ho, 2016, Pacheco, et al., 2017; Hope & Henderson, 2014).

En diferentes países y contextos, se ha indicado una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de medicina, en comparación con la población general de la misma edad (Dyrbye, et al., 2006; Hope & Henderson, 2014; Tam, Lo & Pacheco, 2018). De esta manera, por ejemplo, Tam y colaboradores (2018) sugieren que la depresión afecta, aproximadamente, a un 25% de estudiantes de medicina. En el contexto peruano, un estudio realizado en Lima por Osada Rojas, Rosales y Vega-Dienstmaier (2010) indicó una prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva de 34.1% y 29.9%, respectivamente. Más recientemente, una investigación llevada a cabo en siete departamentos de Perú, indicó una prevalencia de 13.5% de depresión en estudiantes de medicina (Vargas, Talledo-Ulfe, Heredia, Quispe-Colquepisco & Mejia, 2018).

Se han sugerido diferentes factores estresores a nivel personal, emocional y académico que contribuyen al detrimento de la salud mental de los estudiantes de medicina (Dyrbye, et al., 2006). Para comenzar, existe un alto grado de exigencia académica en esta población estudiantil, lo que a su vez genera mayores niveles de estrés académico, en comparación con otros estudiantes universitarios (Heinen, Bullinger, Kocalevent, 2017; Ruzhenkova, Ruzhenkova, Lukyantseva & Anisimova, 2018). A esto último, se suma la competitividad entre alumnos y la presión de entornos sociales como los pares y la familia (Mehta, Kaur, Girgla, Kaur, Kaur, 2015). Asimismo, la mayor exigencia académica se asocia con una mayor dedicación de tiempo al estudio (Puthran, Zhang, Tam, & Ho, 2016), mayor privación del sueño (Almojali, Almalki, Alothman, Masuadi & Alaqeel, 2017) y un menor tiempo de esparcimiento (Saeed, Bahnassy, Al-Hamdan, Almudhaibery & Alyahya, 2016). También cabe señalar que los alumnos de ciencias de la salud, y particularmente de medicina, son una población estudiantil peculiar ya que son proclives a estar expuestos en mayor nivel a eventos emocionalmente negativos e intensos, como pueden ser el sufrimiento y la muerte de personas (Monrouxe, Rees, Endacott & Ternan, 2014).

Además, se ha señalado que otros factores, como el género, el año de estudio, los problemas personales o familiares, y el estado de la salud, influyen en la presencia de mayor distrés psicológico. De este modo, por ejemplo, se propone que las mujeres y los estudiantes de primeros años son más propensos a presentar mayor sintomatología ansiosa y depresiva (Dyrbye, et al., 2006; Tam, et al., 2018).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, en el cual la persona está marcadamente deprimida y/o pierde el interés en actividades que antes le generaban placer, ello dentro de un delimitado marco temporal. Además, se presentan otros síntomas como pérdida significativa de peso, alteraciones en el sueño, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, disminución de la habilidad para concentrarse, o ideación o intentos de suicidio. Estos síntomas causan malestar significativo en la persona o discapacidad en su funcionamiento social. Asimismo, la depresión presenta grados de severidad que varían en relación al número y conjunto de síntomas presentados (APA, 2013; Butcher, Hooley & Mineka, 2014).

Por otro lado, la ansiedad puede definirse como la anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o la presencia de síntomas somáticos (Fudino-Villar, Salazar-Quiroz, Wong-Becerra, Vega-Dienstmaier & Berrocal-Kasay, 2015). En este sentido, la ansiedad no solo tiene componentes subjetivos, sino también componentes fisiológicos y de comportamiento. A nivel subjetivo, la ansiedad implica un estado de ánimo negativo, la preocupación por posibles amenazas o peligros futuros, la auto-preocupación y la sensación de no poder predecir la amenaza futura o controlarla si ocurre. A nivel fisiológico, la ansiedad a menudo crea un estado de tensión y sobre-excitación crónico, que puede reflejar la evaluación del riesgo y la disposición para enfrentar el peligro en caso de que ocurra. A nivel conductual, la ansiedad puede crear una fuerte tendencia a evitar situaciones en las que se pueda encontrar un peligro (Butcher et al., 2014). Al igual que el estrés, la ansiedad suele ser adaptativa en grados leves o moderados, pero puede producir malestar cuando se vuelve crónica y elevada, como vemos en personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad (Fudino-Villar et al., 2015). Estos últimos, se caracterizan por temores o ansiedades irreales e irracionales que causan una angustia significativa y deficiencias en el funcionamiento (APA, 2013).

Aunque las conceptualizaciones tradicionales de la psicopatología suponen que los síntomas de los trastornos mentales son reflejo de enfermedades subyacentes (Beard, et al., 2016), cabe señalar que el término “síntoma” no implica la existencia de ninguna

enfermedad o trastorno (Wicks-Nelson, Israel; 1997, citado en Tataje, 2013), por lo que con sintomatología depresiva o ansiosa, se debe entender a aquel conjunto de síntomas que sin cumplir los criterios diagnósticos de episodios de depresión o trastornos de ansiedad, nos sugieren una posible presencia de los mismos o el riesgo de desarrollarlas.

Se ha indicado que la sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de medicina repercute de manera negativa en su vida (Pacheco et al., 2017). Más allá de afectar el desempeño académico del individuo, el distrés psicológico repercute a largo plazo en su salud, así como en su desempeño laboral, incluyendo detrimentos en el profesionalismo, la empatía y la calidad de servicio brindado a los pacientes (Pacheco et al., 2017; Scheepers, Boerebach, Arah, Heineman & Lombarts, 2015, Jahan, et al., 2016).

Asimismo, a nivel personal, el mayor distrés psicológico en estudiantes de medicina se relaciona con el abuso de sustancias como la cafeína y el alcohol, el deterioro de relaciones interpersonales y un menor autocuidado (Dyrbye, et al., 2006; Osada, Rojas, Rosales & Vega, 2008). Más aún, se ha indicado que los estudiantes de medicina están en mayor riesgo de presentar ideación suicida y cometer suicidio. Un meta-análisis involucrando 129 123 estudiantes de medicina de 43 países diferentes, encontró una prevalencia promedio de ideación suicida de 11.1%, y una correlación positiva significativa entre esta variable y la sintomatología depresiva (Rotenstein, et al., 2016).

Esbozada la problemática en torno a la salud mental de los estudiantes de medicina, Monrouxe y colaboradores (2014) sugieren que es crucial comprender las estrategias usadas por los estudiantes para regular sus emociones, y el impacto que estas tienen en ellos.

Recientemente, la autocompasión ha sido discutida como una estrategia para lidiar con las emociones negativas (Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller, & Berking, 2014). Más aún, ciertas investigaciones que se han centrado en el manejo de eventos negativos, incluyendo el maltrato infantil, el divorcio y el dolor físico crónico, proponen que la autocompasión es una estrategia que alivia la influencia emocional de los eventos adversos de la vida (Costa & Pinto-Gouveia, 2011, Sbarra, Smith & Mehl, 2012; Vettese, Dyer, Li & Wekerle, 2011). Por estos motivos, Neff (2016) ha propuesto que la autocompasión es un elemento que promueve la resiliencia emocional en las personas.

La autocompasión guarda similitud con el constructo más general de compasión (Neff, 2012; Gilbert, 2014). Este último implica el ser tocado por el sufrimiento de los

otros y conservar la conciencia de uno receptiva hacia el dolor de los demás, de modo que surgen sentimientos de bondad hacia los demás y el deseo de aliviar su sufrimiento (Neff, 2003). De esta manera, la autocompasión involucra los mismos aspectos de la compasión, pero dirigidos hacia el propio sufrimiento.

Basada en el budismo y las escrituras de maestros de la tradición Insigth, Neff (2003a) propone que la autocompasión puede describirse como una actitud positiva, comprensiva y de cuidado de una persona hacia sí misma frente a los fracasos y las limitaciones individuales. Teniendo en cuenta ello, Neff (2016) propone que la autocompasión involucra la existencia de tres dimensiones, cada una de las cuales tiene un polo positivo y uno negativo, que representan las conductas compasivas y no compasivas, siendo estas: auto-amabilidad contra auto-juicio, humanidad compartida contra aislamiento, y conciencia plena contra sobre-identificación.

Primero, la auto-amabilidad implica ser gentil, comprensivo con uno mismo. En lugar de ser autocrítico y juzgarse con dureza a uno mismo por sus defectos personales, se ofrece al yo calidez y aceptación incondicional. Segundo, la humanidad compartida, involucra reconocer la experiencia común al ser humano, comprender que las experiencias de sufrimiento son universales a la experiencia humana, en lugar de la percepción de que uno está aislado, alienado o sufriendo solo. Tercero, la conciencia plena, incorpora el ser consciente de la experiencia del momento presente de sufrimiento con claridad y equilibrio, sin quedar atrapado en una historia exagerada sobre aspectos negativos de uno mismo o la experiencia de vida, proceso que se denomina sobre-identificación (Neff, 2003b). Estas diferentes dimensiones, en conjunto, representan un estado mental autocompasivo (Neff, 2016).

Aunque la autocompasión ayuda a disminuir el dominio de la negatividad, es importante resaltar que esta estrategia no aleja las emociones negativas de una manera inmediata (Neff & Dahm, 2015). Los individuos autocompasivos tienen menos probabilidades de suprimir pensamientos y emociones no deseadas que aquellos que carecen de autocompasión (Neff, 2003b), y es más probable que reconozcan que sus emociones son válidas e importantes (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007; Neff, Hseih, Dejitterat, 2005; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Con la autocompasión, en lugar de reemplazar los sentimientos negativos con sentimientos positivos, las emociones positivas se generan acogiendo las negativas (Neff & Dahm, 2015).

Por ello, se ha planteado que mayores niveles de autocompasión se asocian con un mayor bienestar y con menores niveles de distrés (Neff y Dahm, 2015). Por un lado,

un meta-análisis realizado por Zessin, Dickhäuser y Garbade (2015) indica la existencia de correlaciones altas entre autocompasión y bienestar psicológico ($r = .62$), afecto negativo ($r = -.47$) y bienestar cognitivo ($r = .47$), asimismo se encontró una correlación mediana entre autocompasión y afecto positivo ($r = .39$). En contraste, un meta-análisis realizado por MacBeth y Gumley (2012) encontró un coeficiente de correlación combinado con tamaño de efecto largo ($r = -.54$) para la asociación entre autocompasión y psicopatología, principalmente sintomatología ansiosa y depresiva. De esta manera, se ha sugerido que la autocompasión es un factor de protección en relación a la psicopatología.

Recientemente se ha criticado la inclusión de los polos negativos de las tres dimensiones de la autocompasión, ya que se ha señalado que estos son similares a características psicopatológicas (Muris & Petrocchi, 2017). Por ejemplo, se sabe que la autocrítica es una importante variable predictora de la ansiedad y la depresión (Blatt, 1995 citado en Neff y Dahm, 2015).

De esta manera, se ha encontrado que las conductas no compasivas, contenidas en los polos negativos de las dimensiones (auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación), tienen una mayor correlación con factores psicológicos negativos que las conductas compasivas (Muris, 2015; Muris & Petrocchi, 2017). Dado ello, se sugiere que la inclusión de los polos negativos estaría inflando los coeficientes de correlación entre autocompasión y psicopatología.

Por estos motivos, Muris (2015) propuso que las investigaciones solo tendrían que enfocarse en el estudio de los polos positivos de las dimensiones (auto-amabilidad, humanidad compartida y conciencia plena). Sin embargo, Neff (2016) ha defendido la importancia de las conductas no compasivas, debido a que la misma definición del constructo involucra estas conductas. Más aún, Neff y Dahm (2015) indican que la autocompasión todavía puede ser un factor de protección contra la ansiedad y depresión al controlar la variable autocrítica, por ejemplo.

Por otra parte, MacBeth & Gumley (2012) sugieren que la inclusión de dos componentes, uno que contemple el polo positivo y otro el negativo, serían beneficiosos para identificar los roles específicos que cada polo posee. En esta línea, una investigación empírica realizada por Körner et al. (2015) propuso este enfoque de dos componentes, uno llamado auto-compasión, relacionado al polo positivo, y otro llamado auto-frialdad (o auto-criticismo), asociado al polo negativo. Los resultados de esta

investigación sugieren que el componente de auto-compasión modera la relación entre auto-criticismo y depresión.

El enfoque de dos componentes está teóricamente justificado en el modelo de mentalidades sociales de Gilbert (2005, citado en Neff 2016), en el cual se piensa que el aspecto autocomplaciente de la autocompasión se conecta con el sistema de seguridad y satisfacción de los mamíferos (sistema nervioso parasimpático) mientras que la respuesta áspera de la autocrítica está pensada para impulsar el sistema de defensa de amenazas (sistema nervioso simpático). De este modo, se propone la existencia de dos sistemas a través de los cuales el individuo se relaciona consigo mismo. No obstante, si bien los sistemas nerviosos simpático y parasimpático pueden entenderse como distintos, esto no significa que estén completamente aislados y sin relación entre sí, más aún, la investigación sugiere que los dos sistemas interactúan y varían de manera continua (Porges, 2007). Por ello, Neff (2016) sostiene que no sería necesario separar las conductas positivas y negativas en diferentes dimensiones.

Aunque la autocompasión tiene más de una década en el campo de la psicología, la mayoría de investigaciones se han desarrollado en los Estados Unidos. En este sentido, es reciente la investigación de este constructo dentro del contexto hispanoamericano (García-Campayo, Navarro-Gil, Andrés, Montero-Marin, López-Artal & Demarzo, 2014). En Perú, la relación entre sintomatología depresiva y autocompasión se ha explorado (Pastorelli & Gargurevich, 2018), sin embargo, aún no se ha contemplado los dos componentes propuestos por Körner et al. (2015). Asimismo, en este mismo contexto, no se ha estudiado la relación entre sintomatología ansiosa y autocompasión. A partir de lo anterior, la presente investigación busca explorar la relación entre autocompasión, y sus componentes, y sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina de una universidad privada de Cusco. Asimismo, se busca explorar la relación entre la auto-compasión y algunas características sociodemográficas de los participantes, así como datos sobre su salud y académicos.

Método

Participantes

Los participantes de la presente investigación fueron 104 estudiantes (59 mujeres y 45 hombres) de la carrera de medicina de una universidad privada de Cusco, con un rango de edades de 18 a 25 años ($M = 19.84$, $DE = 1.90$). Asimismo, 56 participantes (53.8%) se encontraban en el segundo año y 48 participantes (46.2%) entre el tercer y cuarto año de la carrera. Una mayoría (70.2%) había nacido en la ciudad de Cusco. En un principio, 112 participantes fueron encuestados; sin embargo, ocho casos fueron eliminados por no cumplir con los criterios de inclusión o por no responder las encuestas adecuadamente.

Respecto a las consideraciones éticas, previamente a completar los cuestionarios, se presentó un consentimiento informado (ver Anexo 1). En este se explicó el objetivo del estudio, se especificó que no habría una devolución de resultados individual y se aseguró la confidencialidad, anonimato y voluntariedad. Asimismo, se comunicó que se trataba de una investigación para la obtención del grado de Bachiller en Psicología. Por último, se agregó un correo electrónico de contacto en caso el participante tuviera alguna pregunta posterior.

Medición

La autocompasión fue evaluada a través de la Escala de Autocompasión (*Self-Compassion Scale, SCS*). Esta escala fue originalmente elaborada por Neff (2003). Luego, fue adaptada al español por García-Campayo et al., (2014) y validada en el Perú por Pastorelli y Gargurevich (2018). El instrumento busca conocer en qué medida las personas evidencian ser autocompasivas (Neff, 2003b), y está compuesta por 26 ítems distribuidos en seis factores: auto- amabilidad, auto-juicio, humanidad compartida, aislamiento, conciencia plena y sobre-identificación (Neff, 2003b; Pastorelli & Gargurevich, 2018). Los ítems del cuestionario se puntúan en una escala Likert de cinco puntos, donde 1 es *casi nunca* y 5 es *casi siempre*.

Neff (2003b) efectuó un estudio inicial en Estados Unidos, con un grupo de 391 estudiantes universitarios. Tras un análisis factorial exploratorio (AFE), se descartaron los ítems con cargas factoriales menores a .40 (Neff, 2003b). Luego, el análisis factorial confirmatorio (AFC), realizado con la versión final de la escala que contenía 26 ítems, identificó una estructura de seis factores, los cuales corresponden a las seis subescalas ya mencionadas. Esta estructura factorial también se ha encontrado en la mayoría de

adaptaciones realizadas en diferentes países (Arimitsu 2014; Azizi et al. 2013; Castilho et al. 2015; Chen et al. 2011; Hupfield and Ruffieux 2011; Lee and Lee 2010; Mantzios et al. 2013; Petrocchi et al. 2013). En esta línea, la adaptación española hecha por García-Campayo et al. (2014), se realizó con 268 estudiantes de ciencias de la salud y 271 trabajadores de servicio de salud, y la validación al contexto peruano (Pastorelli & Gargurevich, 2018), con 315 estudiantes de medicina. Ambos estudios confirman la estructura de seis factores para la escala.

Sin embargo, también se ha propuesto un modelo bi-factorial del SCS en investigaciones desarrolladas en otros contextos, tanto en población clínica como no clínica (Costa et al., 2015; Lopez et al., 2015). Así, en el contexto portugués y holandés, estudios de validez a través de AFE y AFC, respectivamente, indican la existencia de dos factores. Estos serían: auto-compasión, que incluiría los ítems del polo positivo de la escala; y auto-criticismo, que incluiría los ítems del polo negativo (Costa et al., 2015; Lopez et al., 2015; Neff, 2016). Por otra parte, en Turquía, en una investigación realizada con 341 estudiantes universitarios, en cuatro fases, el AFE y el AFC demostraron que el instrumento de medición tenía un único factor (Deniz, Kesici & Sümer, 2008). Por último, en Chile, un estudio de validez a través de AFE señaló que la escala estaba compuesta por cuatro factores (Araya et al., 2017).

En la versión original de la escala (Neff, 2003b) se encontraron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .92 para la escala, y coeficientes que fluctuaban entre .75 y .81 para las seis sub-escalas. Luego, en la adaptación de García-Campayo et al. (2014), la escala obtuvo un alfa de Cronbach de .87, con un rango de .72 a .79 para las seis subescalas. Asimismo, en esta investigación los coeficientes de correlación ítem-total oscilaron entre .41 y .68. Finalmente, en el contexto peruano (Pastorelli & Gargurevich, 2018), los análisis mostraron que los valores del alfa de Cronbach para los seis factores se encontraban en un rango entre .66 y .78; además, las correlaciones ítem-total oscilaban entre .34 y .67.

Neff (2003b) encontró que la SCS se encuentra, por una parte, relacionada positivamente con la auto-aceptación (.62) y la satisfacción con la vida (.45); y, por otra parte, asociada negativamente con la ansiedad rasgo (-.65) y la depresión (-.51). Del mismo modo, la adaptación de García-Campayo et al. (2014) halló correlaciones entre la SCS, la ansiedad rasgo (-.54), la depresión (-.43), y, también, el estrés percibido (-.58). Asimismo, se encontró una relación positiva entre la SCS y la conciencia plena (.41; García-Campayo, et al., 2014). Por su parte, Araya et al. (2017) señala una

correlación entre el SCS, el afecto positivo (.57), el afecto negativo (-.56) y la autoestima (.64).

En el presente estudio, la consistencia interna para los factores de la escala fluctuaron entre .79 y .71, y las correlaciones ítem-total se ubicaron entre .40 y .66 (ver Anexo 3).

La sintomatología ansiosa y depresiva se midió con el Hopkins Symptoms Checklist 25 (HSCL-25). Este inventario de auto-reporte está basado en un instrumento más amplio desarrollado por Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth y Covi (1974). Este ha sido traducido al español por el Harvard Program in Refugee Trauma (2006) y validado al contexto peruano por Morote, Hjemdal, Martinez y Corveleyn (2014) con población adulta de nivel socio-económico bajo.

El HSCL-25 es una medida de distrés general, así como de síntomas de depresión y ansiedad, en específico. Está compuesto por dos factores: ansiedad y depresión. El primer factor cuenta con 10 ítems, y el segundo con 15 ítems. El instrumento evalúa la presencia de los síntomas en la última semana, en una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 1 es *nada* y 4 es *mucho*. El incremento de la puntuación indica una intensificación de síntomas. Aunque hay excepciones, se plantea un punto de corte de 1.75 sugestivo de la presencia de un trastorno de ansiedad o depresión. Este puntaje es usado para tamizaje o clasificación en diferentes contextos, incluyendo países de Europa, Asia, Norteamérica y Latinoamérica (Morote et al., 2014)

Los estudios de validez mediante análisis factorial, tanto AFE y AFC, han señalado la pertinencia de una estructura bifactorial del instrumento. Sin embargo, algunos estudios han propuesto otras estructuras factoriales, proponiendo desde uno hasta cinco factores (Skogen Øverland, Smith y Aarø, 2017). Al-Turkait, Ohaeri, El Abassi y Naguy (2011) encontraron, por ejemplo, evidencias de un modelo de 5 factores mediante AFE en una muestra de estudiantes universitarios árabes. No obstante, cuando realizaron un análisis adicional utilizando AFC, concluyeron que un modelo bifactorial se ajustaba mejor a los datos. En el contexto peruano, Morote et al. (2014), a través de AFC hallaron evidencia del modelo original de dos factores del instrumento.

En general los estudios indican una adecuada confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach mayor a .90 para la escala total, y un alfa de Cronbach mayor a .80 para las subescalas de depresión y ansiedad (Skogen et al., 2017). En el contexto peruano, Morote halló un alfa de .90 para la escala total, y alfas de .81 y .86 para las sub-escalas de ansiedad y depresión, respectivamente (Morote, 2014).

Se encuentra asociación entre el HSCL-25 y distintos instrumentos de sintomatología psicológica. En un estudio con padres de familia alemanes, Müller, Postert, Beyer, Furniss y Achtergarde (2009) encontraron una correlación positiva alta entre el HSCL-25, el Syptom Checklist (SCL-90-R) (.98) y el Inventario de Depresión de Beck (.70). Asimismo, también en población general alemana, Glaesmer et al. (2014) hallaron una asociación entre el HSCL-25, el Patient Health Questionnaire-4 (.71) y el Brief Symptoms Inventory-18 (.82). Además, Skogen et al. (2017) indicó que también existía una asociación del instrumento con factores de autorreporte como el tener pocos amigos (.46) y la búsqueda de ayuda debido a problemas de salud mental (.59). Esto último, en contraste con correlaciones menores con la búsqueda de ayuda por salud física (.20) y la búsqueda de ayuda por cuestiones económicas (.16).

En la presente investigación, la consistencia interna de los factores de ansiedad y depresión fue de .80 y .87, respectivamente, y las correlaciones ítem-total se ubicaron entre .28 y .71, exceptuando un ítem (ver Anexo 3).

Además de los instrumentos mencionados, se incluyó una ficha de datos (ver Anexo 2), la cual contenía preguntas sobre aspectos sociodemográficos, tales como la edad, sexo y ciclo de estudio; y aspectos académicos, tales como la satisfacción con la educación recibida y la percepción de rendimiento académico. También se incluyeron preguntas relacionadas a las conductas de salud, como la realización de actividad o ejercicio físico, cuidado preventivo de la salud, hábitos alimenticios (consumo de frutas y verduras), y consumo de sustancias (alcohol y tabaco). Estas últimas preguntas estuvieron basadas en el Cuestionario de Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios-CEVJU elaborado por Arrivillaga, Salazar y Correa (2003).

Análisis de datos

Posteriormente a la recolección de información se procedió a realizar el análisis de la información con el paquete estadístico SPSS 25. En primera instancia, se analizó la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Seguido a esto, se analizó la normalidad de las puntuaciones en base a la prueba Kolmogorov-Smirnov y, principalmente, a la asimetría y curtosis (ver Anexo 4). A partir de ello, se constató que los datos no se alejaban significativamente de la normalidad, por lo que se optó por el uso de pruebas estadísticas paramétricas.

Consiguientemente, los análisis de correlación se realizaron utilizando los coeficientes de r de Pearson. Asimismo, los análisis de comparación entre muestras

independientes se hicieron utilizando t de Student. Por último, con el fin de determinar la mayor influencia de una variable sobre las otras se realizó un análisis de regresión lineal múltiple.



Resultados

A continuación se presentan los resultados de la presente investigación, la cual tuvo como objetivo principal explorar la relación entre la autocompasión, y sus componentes, y la sintomatología ansiosa y depresiva. En primer lugar, se presentan las correlaciones entre la autocompasión (SCS), incluyéndose sus diferentes factores y compuestos, y la sintomatología ansiosa y depresiva (HSCL-25). Posteriormente, se muestran las correlaciones entre algunas variables sociodemográficas y los constructos abordados. Luego se presentan comparaciones de medias de la autocompasión y la sintomatología según el sexo y la realización de chequeos médicos. Por último, en base a estos resultados previos y la selección de variables pertinentes, se propone un modelo de regresión lineal para predecir el estrés psicológico.

Respondiendo al objetivo principal de esta investigación, se encontró que existen correlaciones inversas significativas entre la autocompasión y la sintomatología ansiosa (-.52) y la sintomatología depresiva (-.54). Además, se observan correlaciones significativas entre estas sintomatologías y los diferentes factores y compuestos de la autocompasión, exceptuando la sub-escala Humanidad compartida (ver Tabla 1). Más aún, se puede señalar la existencia de correlaciones significativas y moderadas con los factores negativos, mientras que las correlaciones con los factores positivos son significativas pero débiles.

Tabla 1

Correlaciones entre sub-escalas del HSCL y sub-escalas del SCS

	HSCL-25 - Ansiedad	HSCL-25 - Depresión	HSCL-25 - Total
SCS - Auto-amabilidad	-.26**	-.25**	-.27**
SCS - Humanidad compartida	.01	-.06	-.04
SCS - Conciencia plena	-.18*	-.18*	-.19*
SCS - Auto-juicio	.52***	.56***	.58***
SCS - Aislamiento	.52***	.51***	.55***
SCS - Sobre-identificación	.49***	.49***	.52***
SCS - Compuesto auto-compasión	-.18*	-.20*	-.21*
SCS - Compuesto auto-frialdad	.58***	.59***	.63***
SCS - Total	-.52***	-.54***	-.57***

Nota. HSCL-25 = Hopkins Symptoms Checklist-25. SCS = Escala de autocompasión. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

En referencia al objetivo específico del estudio, explorar la relación entre las variables del estudio y determinadas características sociodemográficas y personales, se encontraron los siguientes resultados. En primer lugar, en relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, existen en su mayoría correlaciones significativas directas bajas entre la sintomatología y las diferentes variables. No obstante, cabe señalar que las correlaciones con el rendimiento académico reportado por los participantes y la salud percibida tienen una tendencia a ser moderadas (ver Tabla 2). Por otro lado, no se encuentran asociaciones con la frecuencia de ejercicio.

Tabla 2

Correlaciones entre sub-escalas de HSCL y datos personales

	HSCL-25 - Ansiedad	HSCL-25 - Depresión	HSCL - Total
Rendimiento académico reportado	-.26**	-.44***	-.40***
Satisfacción con educación	-.25**	-.35***	-.34***
Salud percibida	-.41***	-.33***	-.38***
Consumo de alcohol	,15	,24*	.23*
Alimentación saludable	-.27**	-.21*	-.24*

Nota. HSCL-25 = Hopkins Symptoms Checklist-25. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

En segundo lugar, en relación con la autocompasión y sus factores, se encontraron correlaciones significativas únicamente con tres características personales (ver Tabla 3). De este modo, se observa que el rendimiento académico reportado correlaciona en mayor medida con la autocompasión, en comparación con las otras dos variables. En contraste, tomando en consideración los diferentes factores de la autocompasión, la satisfacción con la educación que reciben los participantes se relaciona de manera significativa únicamente con la auto-amabilidad (.21).

Continuando con el análisis, al realizar la comparación de medias según el sexo de los participantes, aunque no se encontraron diferencias significativas ni en autocompasión ni en sintomatología ansiosa y depresiva, se puede observar que los valores p de uno de los compuestos de la autocompasión está cerca al umbral de la significancia (ver Tabla 4). Esto nos sugiere que, que podría plantearse cierta tendencia a que las mujeres presenten mayores niveles de auto-compasión (como compuesto), en comparación con los hombres.

Tabla 3

Correlaciones entre sub-escalas de SCS y datos personales

	Rendimiento académico	Satisfacción con educación	Alimentación saludable
SCS - Auto-amabilidad	.24*	.21*	.23*
SCS - Humanidad compartida	.06	.11	.10
SCS - Conciencia plena	.25**	-.18	.29**
SCS - Auto-juicio	-.32**	-.16	-.19
SCS - Aislamiento	-.30**	-.12	-.20*
SCS - Sobre-identificación	-.29**	-.17	-.15
SCS - Compuesto auto-compasión	.22*	.20*	.24*
SCS - Compuesto auto-frialdad	-.35***	-.17	-.20*
SCS – Total	.39***	.25**	.30**

Nota: SCS = Escala de autocompasión. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Tabla 4

Comparación de medias de HSCL y SCS según sexo

	Hombres (N = 39)		Mujeres (N = 62)		t	p
	M	DE	M	DE		
HSCL-25 - Ansiedad	1.67	.43	1.72	.40	-.60	.55
HSCL-25 - Depresión	1.74	.51	1.85	.48	-1.09	.28
HSCL-25 – Total	1.71	.44	1.80	.42	-.98	.33
SCS - Auto-amabilidad	2.87	.79	3.11	.93	-1.37	.17
SCS - Humanidad compartida	2.58	.77	2.89	.80	-1.93	.06
SCS - Conciencia plena	2.81	.73	3.11	.84	-1.87	.07
SCS - Auto-juicio	2.71	.79	2.57	.79	.89	.38
SCS - Aislamiento	2.47	.96	2.45	.83	.11	.91
SCS - Sobre-identificación	2.81	.91	2.76	.86	.25	.80
SCS - Compuesto auto-compasión	2.76	.64	3.04	.76	-1.95	.05
SCS - Compuesto auto-frialdad	2.66	.76	2.60	.72	-.50	.62
SCS – Total	3.05	.45	3.22	.59	-1.63	.11

Nota. HSCL-25 = Hopkins Symptoms Checklist-25. SCS = Escala de autocompasión.

Por otro lado, para la autocompasión, sí se encontraron diferencias significativas entre quienes se sometían a chequeos médicos al menos una vez al año y quienes no lo hacían. Específicamente, se observa que existen mayores niveles de auto-compasión

(como compuesto) en aquellos participantes que realizaban chequeos médicos al menos una vez al año, en comparación con aquellos que no lo hacían.

Tabla 5

Comparación de medias de HSCL y SCS según si se realiza chequeos médicos minimamente una vez al año

	Sí se realiza (N = 56)		No se realiza (N = 48)		t	p
	M	DE	M	DE		
HSCL-25 - Ansiedad	1.67	.38	1.73	.44	-.71	.48
HSCL-25 - Depresión	1.79	.45	1.81	.54	-.20	.84
HSCL-25 – Total	1.75	.40	1.78	.47	-.41	.68
SCS - Auto-amabilidad	3.13	.74	2.85	1.02	1.62	.11
SCS - Humanidad compartida	2.93	.71	2.61	.90	2.06	.04
SCS - Conciencia plena	3.15	.79	2.79	.80	2.39	.02
SCS - Auto-juicio	2.66	.72	2.56	.87	.68	.50
SCS - Aislamiento	2.55	.84	2.31	.90	1.44	.15
SCS - Sobre-identificación	2.87	.87	2.62	.89	1.51	.14
SCS - Compuesto auto-compasión	3.08	.61	2.76	.82	2.25	.03
SCS - Compuesto auto-frialdad	2.69	.67	2.50	.81	1.36	.18
SCS – Total	3.19	.45	3.13	.63	.59	.56

Nota. HSCL-25 = Hopkins Symptoms Checklist-25. SCS = Escala de autocompasión.

Cabe señalar que adicionalmente se hicieron análisis de comparación de medias considerando las variables de ciclo y el contar o no con una pareja estable. No se encontraron diferencias significativas en ninguno de estos casos.

Con la finalidad de profundizar en el objetivo principal, se decidió utilizar un modelo de regresión lineal múltiple para explicar la variabilidad de los puntajes de distrés psicológico (HSCL-25). En base a los análisis previos realizados, se consideraron los compuestos de la Escala de Autocompasión y algunas variables personales que guardaban correlaciones significativas con el distrés psicológico, incluyéndose Satisfacción con educación y Salud percibida. Como se puede observar en la Tabla 9, cada uno de los predictores aportan a la explicación de la variabilidad de los puntajes de distrés debido a que los estadísticos de colinealidad (FIV y Tolerancia) se encuentran entre los rangos adecuados (Menard, 1995). Por otro lado, no hay relación lineal entre los residuos y los predictores en el gráfico de dispersión por lo que no hay

problemas de heterosedasticidad. Es así que las variables independientes del modelo en conjunto, explican el 52% de la variabilidad de los puntajes de la variable dependiente, lo cual es considerado un tamaño del efecto grande según Cohen (1988).

Tabla 6

Análisis de regresión lineal para variables que predicen Distrés psicológico (HSCL-25)

	B	D.E.	β	t	Tolerancia	FIV
Constante	2.01	.30		7.92***		
SCS - Compuesto auto-frialdad	.32	.04	.55	7.89***	.95	1.05
Salud percibida	-.18	.05	-.26	-3.62*	.92	1.09
Satisfacción con educación	-.07	.03	-.16	-2.16***	.89	1.13
SCS - Compuesto auto-compasión	-.08	.04	-.13	-1.88	.96	1.05

Nota. $R^2 = .52$ ($F = 28.32$, $p < .000$, $N = 104$) * $p < .05$. *** $p < .001$



Discusión

El objetivo del presente trabajo fue explorar la relación entre la autocompasión, y sus componentes, y la sintomatología ansiosa y depresiva. De manera semejante a lo descrito en investigaciones previas que se han realizado en adultos (MacBeth & Gumley, 2012; Muris & Petrocchi, 2017) y adolescentes (Marsh, Chan & MacBeth, 2018), tanto con muestras clínicas como no clínicas, se observa que existe una correlación significativa moderada entre la autocompasión, como puntaje total, y la sintomatología ansiosa y depresiva.

En base a la literatura (Neff, 2003a; Neff, 2016) se podría sugerir que la autocompasión sería un factor protector ante la sintomatología ansiosa y depresiva en el grupo estudiado. En línea con lo que se ha mencionado anteriormente, el actuar de una manera compasiva ante uno mismo en momentos difíciles sería un fenómeno que promueve la resiliencia emocional, y debido a ello, se asociaría de manera negativa con la psicopatología.

Sin embargo, cabe indicar que realizar un análisis único del puntaje total de la Escala de Autocompasión puede provocar la pérdida de información relevante para la presente investigación. En este sentido, Williams, Dlagleish, Karl & Kuyken (2014) sugirieron que las investigaciones eviten usar puntajes totales, ya que se ha observado que en diferentes contextos la escala no suele ajustarse a una estructura de un solo factor, y, así, el análisis de un puntaje total puede no reflejar completamente la interacción de las variables estudiadas y los roles diferenciales de las seis dimensiones de la autocompasión. En línea con lo mencionado, y teniendo en consideración que en diferentes contextos se ha propuesto una estructura bifactorial (Brenner, Heath, Vogel, & Credé, 2017), también se ha sugerido la realización de análisis que incluyan compuestos que engloben el polo positivo y el polo negativo de la autocompasión (Neff, 2016). Debido a estos motivos, se incluyó en el objetivo principal de la investigación el análisis de la correlación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y los componentes de la autocompasión, considerando tanto los compuestos como las dimensiones.

Algo que resalta en los resultados de la presente investigación es la inexistencia de correlaciones significativas entre una de las dimensiones de la autocompasión, humanidad compartida, y la sintomatología ansiosa y depresiva. En contraste con la mayoría de investigaciones (Muris & Petrocchi, 2017), se observa que la correlación es bastante débil. Lo que nos sugeriría este dato es que una mayor posibilidad de comprender el sufrimiento como condición humana no se asociaría con menores niveles de

sintomatología ansiosa y depresiva. Por otro lado, se debe añadir que una investigación psicométrica a través de un análisis canónico de comunalidades realizado por Ozdemir y Seef (2017) señaló que este factor era el que tenía la menor contribución a la escala y sugería que podía ser eliminado del modelo, aunque ello debería hacerse con mayor respaldo empírico y teórico. Esto sugeriría que el nivel bajo de correlación podría deberse a una reducida importancia del factor para explicar las conductas autocompasivas.

En concordancia con estudios previos, el compuesto que engloba el polo negativo de la autocompasión, la auto-frialdad, correlacionó en mayor medida con la sintomatología ansiosa y depresiva que el polo positivo de este constructo (Gilbert, McEwan, Matos & Ravis, 2011; Brenner et al., 2018). En este sentido, se observa que los coeficientes de correlación de ambos compuestos son similares a aquellos encontrados en los estudios previos, siendo que la correlación para la auto-frialdad suele ser moderada, y para el caso del polo positivo es débil.

De la misma forma, y en consonancia con el meta-análisis de Muris & Petrocchi (2017), las dimensiones de auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación tendieron a presentar correlaciones moderadas con la sintomatología ansiosa y depresiva, mientras que se encuentran correlaciones débiles entre las dimensiones de auto-amabilidad, humanidad compartida y conciencia plena. Esto también estaría asociado con las investigaciones realizadas sobre intervenciones basadas en la auto-compasión, donde se sugiere que la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos podría encontrarse más vinculada a la disminución de los puntajes de las dimensiones del polo negativo de la autocompasión que al incremento en los puntajes de las dimensiones del polo positivo (Wilson, Mackintosh, Power & Chan, 2019).

Como se ha mencionado, el compuesto y los factores asociados al polo negativo de la autocompasión son los que tienen correlaciones más fuertes con la sintomatología ansiosa y depresiva. Como señalan, Brenner y colaboradores (2018), aunque se proponga que estas dimensiones son propias de la autocompasión, también se debería tener en cuenta que están muy relacionadas a la psicopatología y son similares a variables abordadas dentro de este campo.

El auto-juicio es una dimensión que, como se señaló previamente, se ha visto asociada al auto-criticismo, una dimensión de la personalidad que se ha identificado como un factor de riesgo para la depresión (Campos, Besser & Blatt, 2013). Más aún, otras investigaciones han sugerido que el auto-criticismo no es único de la depresión, sino que también está relacionado con otros tipos de psicopatología, incluyendo trastornos de

ansiedad (Cox et al., 2000), y sintomatología ansiosa (Kopala-Sibley, Zuroff, Hankin & Abela, 2015). Cabe resaltar que, en su construcción teórica original, Neff (2003a) no logra diferenciar claramente el auto-criticismo y el auto-juicio, e intercambia los términos en ocasiones. Más aún, artículos recientes proponen que ambas variables podrían ser sinónimas (Barnard & Curry, 2011). Por otro lado, la dimensión de sobre-identificación incluye en su definición, y se encuentra traslapada con, el proceso de rumiación psicológica, otra variable asociada a la psicopatología (Nolen-Hoeksema, 1991, citado en Neff, 2003). Esta última se encuentra correlacionada significativamente con síntomas ansiosos y depresivos, siendo que se encuentra mayores niveles de rumiación en grupos de personas con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, en contraste con grupos controles, lo cuales no presentan estos trastornos (Olatunji, Naragon-Gainey & Wolitzky-Taylor, 2013). En contraste con las anteriores dimensiones, el aislamiento humano sería la única sub-escala que no tiene semejanzas claras con factores psicopatológicos específicos. No obstante, debe señalarse que, desde la teoría de Neff (2003a), el aislamiento humano se relacionaría con la atención auto-enfocada. Esta última variable mencionada se ha encontrado asociada con una variedad de trastornos mentales, incluyendo trastornos de ansiedad y depresión (Nakajima, Takano & Tanno, 2017).

La autocompasión se toma como un constructo comprehensivo, el cual engloba un polo positivo y un polo negativo, considerando que el polo negativo representa la ausencia de conductas auto-compasivas. No obstante, se ha observado que el polo negativo no solo se limita a eso. A un nivel teórico, este polo incluye aspectos psicopatológicos y, a nivel empírico, se asocia de forma más fuerte con la sintomatología ansiosa y depresiva. Más aún, en estudios realizados en diferentes grupos de adultos se ha encontrado que el polo negativo tiene una relación más fuerte con el distrés que con el bienestar, mientras que el polo positivo de la autocompasión muestra una relación más fuerte con el bienestar que con el distrés (Brenner et al., 2018; Phillips & Ferguson, 2012). Neff (2016) ha buscado argumentar la inclusión de un aspecto negativo de la autocompasión a través de la asociación de este aspecto con el aspecto positivo, incluyendo justificaciones a diferentes niveles. Pero, por otra parte, se sigue proponiendo que la auto-frialdad y la autocompasión podrían ser diferentes constructos enraizados en distintos sistemas a través de los cuales el individuo se relaciona consigo mismo (Gilbert, 2011, citado en Brenner et al., 2018).

El objetivo específico de esta investigación se centró en explorar la relación entre las variables del estudio y determinadas características sociodemográficas y personales.

Así, en referencia a la autocompasión, se observó que no existían en general diferencias significativas en relación al sexo de los participantes. Las evidencias previas en torno a la influencia que tiene el sexo de la persona sobre los niveles de autocompasión no son concluyentes y los resultados varían dependiendo del contexto donde se realizaron las investigaciones (Barnard & Curry, 2011). En base a ello, se puede hipotetizar que los factores sociales juegan un rol importante. Neff (2003a) sugirió que, dentro del contexto occidental, por ejemplo, la humanidad compartida sería mayor en las mujeres debido a una mirada más interdependiente de su self.

Por otra parte, este estudio encontró una correlación significativa entre la autocompasión y los datos personales de corte académico, incluyendo la satisfacción con la educación recibida y el rendimiento académico reportado por el grupo de participantes. De forma similar, una investigación realizada en estudiantes universitarios de Estados Unidos observó la existencia de una correlación inversa débil pero significativa entre la autocompasión y el promedio ponderado de notas de los participantes (Krause, 2012). En relación a ello, se ha sostenido que una mayor autocompasión estaría asociado con una mayor motivación intrínseca, lo cual a su vez influiría en el desempeño académico del estudiante (Neff, 2003a). Más aún, se ha señalado que los estudiantes más compasivos consigo mismos observan sus fracasos académicos con mayor aceptación, lo cual a su vez genera una mayor motivación para mejorar y se asocia con una mayor probabilidad de que puedan hacerlo (Breines & Chen, 2011). Por otro lado, en relación a la satisfacción con la educación recibida, aunque no se hayan encontrado estudios que den cuenta de la asociación de esta satisfacción con la autocompasión, se observa que esta última tiende a correlacionar con variables asociadas a la satisfacción en diferentes áreas, como la satisfacción laboral y la satisfacción con la vida (Abaci & Arda, 2013; Yang, Zhang & Kou, 2016)

Por último, los resultados entorno a la autocompasión y datos de salud difieren de los resultados de otras investigaciones donde se encuentran correlaciones significativas entre autocompasión y conductas de salud, incluyendo alimentación saludable, realización de ejercicio, consumo reducido de alcohol y otras sustancias, y responsabilidad por la salud (Homan & Sirois, 2017). En relación a ello, el presente trabajo solo encontró, primero, correlaciones significativas entre la autocompasión y la alimentación saludable y, segundo, diferencias significativas de los niveles de autocompasión en referencia a la realización de chequeos médicos mínimamente una vez al año.

En relación al distrés psicológico y los datos académicos, se observa una correlación significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva con el rendimiento académico y con la satisfacción con la educación recibida. Esta satisfacción ha sido asociada de manera directa con el bienestar subjetivo (Tian, Chen & Huebner, 2014) y de manera inversa con ansiedad, depresión y estrés (Bayram & Bilgel, 2008, citado en Tran et al., 2017). Específicamente, en estudiantes de medicina de otros contextos, se ha observado correlaciones con la sintomatología depresiva (Drybye et al., 2006; Ediz, Ozcakil & Bilgel, 2017). La presente investigación también identificó que dentro del grupo estudiado la sintomatología ansiosa tenía una asociación significativa con esta satisfacción. Cabe mencionar que es reducida la investigación que se ha realizado sobre la influencia que puede tener la satisfacción con la educación recibida en la salud mental de los estudiantes universitarios, en general, y los estudiantes de medicina, en específico. Por otra parte, también se ha observado en otras investigaciones que el rendimiento académico de los estudiantes universitarios está vinculado de manera negativa con la sintomatología ansiosa y depresiva (Maajida, Vishnu & Gayathri 2018). Dentro de las investigaciones realizadas en estudiantes de medicina, se ha sugerido que la presencia de síntomas ansiosos o depresivos en los alumnos llevaría a una disminución en el rendimiento académico (Drybye et al., 2006; Hope & Henderson, 2014).

En referencia, a los datos sobre salud, se encontró una asociación entre algunos de estos y la sintomatología ansiosa y depresiva. En semejanza con investigaciones previas (Vaez & Laflamme, 2008), se encontró una asociación entre la salud percibida y el distrés psicológico. Más aún, se ha sugerido que la salud mental puede ser un factor predictor para la salud percibida tanto en adolescentes como en adultos (Teh, Archer, Chang & Chen, 2015, citado en Chau & Vilela, 2017). Ahora bien, Piko (2007) encontró que los síntomas psicósomáticos influyen significativamente en la percepción de una salud disminuida en adolescentes de Hungría. De este modo, se podría sugerir que los síntomas somáticos de la ansiedad y de la depresión contribuirían a la correlación inversa entre la sintomatología y la salud percibida.

Por otro lado, dentro de los resultados de la investigación se observa que algunas de las conductas de salud incluidas en el estudio se asocian con menores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Así, se encontró que el distrés psicológico correlacionaba significativamente de modo inverso con la alimentación saludable y de modo directo con el consumo de alcohol. En esta línea, estudios meta-analíticos han observado que una salud mental reducida se asocia con patrones dietéticos no saludables

y una dieta de menor calidad en adolescentes y adultos (O'Neil et al., 2014; Quirk et al., 2013). Asimismo, un mayor consumo de alcohol suele asociarse con mayor distrés psicológico (Balogun, Koyanagi, Stickley, Gilmour & Shibuya, 2014). En este sentido, cabe señalar que se ha observado que los síntomas depresivos no correlacionan con la frecuencia de consumo de alcohol sino más bien con la cantidad ingerida por ocasión (Graham, Massak, Demers & Rehm, 2007). En lo que respecta a los estudiantes universitarios de medicina, se ha señalado que niveles elevados de distrés psicológico podrían tener como consecuencia el abuso de alcohol y otras sustancias (Drybye et al., 2006).

En contraste con diferentes investigaciones que señalan que la actividad física reduce la ansiedad y depresión en poblaciones no clínicas (Rebar et al., 2015), el presente estudio encontró que no existían correlaciones significativas entre la frecuencia de esta conducta y la sintomatología ansiosa y depresiva. No obstante, un estudio realizado con estudiantes universitarios de Canadá encontró que, más allá de la frecuencia, la intensidad del ejercicio realizado tiene el rol más importante para la reducción de la ansiedad y depresión. Así, por ejemplo, se sostiene que una intensidad moderada es óptima y una intensidad alta puede resultar contraproducente para la depresión (Paolucci, Loukov, Bowdish & Heisz, 2018).

Para finalizar, en relación al modelo de regresión planteado, se observa que el componente positivo de la autocompasión es el que tiene un mayor valor predictivo en contraste con el componente negativo. Ello se asemeja con lo encontrado en el estudio de Körner y colaboradores (2015).

A manera de síntesis, dentro de la presente investigación se ha observado una correlación significativa moderada entre la autocompasión y la sintomatología ansiosa y depresiva. Al analizar más a detalle los resultados, se observa que los polos negativos se correlacionan con una mayor fuerza, ello puede deberse a que estas dimensiones son más cercanas a la psicopatología. Por este motivo, no se podría sugerir que la autocompasión sea un factor protector, más bien las dimensiones del polo negativo podrían ser un factor de riesgo, como lo señala de Muris y Petrocchi (2017). Por último, se han observado correlaciones entre las variables de estudio y ciertos datos personales, incluyendo rendimiento académico, satisfacción con la educación recibida y conductas de salud.

Esta investigación resulta relevante ya que identifica cómo una estrategia de actuar frente al sufrimiento en los estudiantes de medicina está relacionada con la sintomatología ansiosa y depresiva. Ello resulta importante debido a que, como se ha

planteado en un principio, es una población donde existe una mayor prevaencia de distrés psicológico (Drybye et al., 2006; Hope & Henderson, 2014). En este sentido, se podría hipotetizar que la autocompasión, y sus dimensiones, pueden influenciar en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva que estos estudiantes presentan. Sin embargo, el presente estudio es de corte transversal, por lo cual no se podría determinar el carácter predictivo de alguna de las variables.

Por otra parte, este trabajo se encuentra dentro de las pocas investigaciones sobre autocompasión que se han realizado en Perú, y contribuye con el estudio de esta variable en diferentes contextos. Más aún, el estudio aporta información a la discusión sobre la relación entre la autocompasión y la psicopatología. Cabe indicar que, sin embargo, la mayoría de estudios sobre este tema tienen como participantes a estudiantes universitarios (MacBeth & Gumley, 2012; Muris & Petrocchi, 2017). Por ello, sería adecuado que las próximas investigaciones cuenten con participantes con diferentes características sociodemográficas. Asimismo, ya que se sugiere que la autocompasión se relacionaría de manera diferente con el distrés psicológico y con el bienestar (Brenner et al., 2018), sería importante que se indague este último aspecto en el contexto peruano.

Por último, cabe mencionar que ciertos datos personales tomados en cuenta, incluyendo el rendimiento académico y algunas conductas de salud, corresponden a las percepciones que los participantes tienen sobre dichos datos. Más aún, aunque la presente investigación sugiere un vínculo entre ciertas conductas de salud y la autocompasión, esta asociación se ha basado en datos personales puntuales y no en pruebas psicométricas. Dado ello, esta relación podría abordarse en próximas investigaciones con adecuadas escalas sobre la variable.

Referencias

- Abaci, R., & Arda, D. (2013). Relationship between self-compassion and job satisfaction in white collar workers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 106*, 2241-2247.
- Al-Turkait, F. A., Ohaeri, J. U., El-Abbasi, A. H. M., & Naguy, A. (2011). Relationship between symptoms of anxiety and depression in a sample of Arab college students using the Hopkins Symptom Checklist 25. *Psychopathology, 44*(4), 230-241.
- Almojali, A. I., Almalki, S. A., Alothman, A. S., Masuadi, E. M., & Alaqeel, M. K. (2017). The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. *Journal of epidemiology and global health, 7*(3), 169-174.
- American College Health Association (ACHA) (2009). *American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Fall 2008*. Baltimore: American College Health Association.
- American College Health Association (ACHA) (2018). *American College Health Association-National College Health Assessment II: Undergraduate Student Executive Summary Fall 2018*. Silver Spring, MD: American College Health Association.
- Araya, C. Moncada, L. Fauré, J., Mera, L., Musa, G. Cerda, J. Fernández, M. Araya, P. Becerra, M., Castillo, R., Concha, L., Brito, G. (2017). Adaptation and preliminary validation of the self-compassion scale in a Chilean context. *Latinoamerican J. Posit. Psychol, 3*, 47-58.
- Arimitsu, K. (2014). Development and validation of the Japanese version of the Self-Compassion Scale. *The Japanese Journal of Psychology, 85*(1), 50–59.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica, 34*(4), 186-195.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Azizi, A., Mohammadkhani, P., Lotfi, S., & Bahramkhani, M. (2013). The validity and reliability of the Iranian version of the Self- Compassion Scale. *Iranian Journal of Clinical Psychology, 2*(3), 17–23.

- Balogun, O., Koyanagi, A., Stickley, A., Gilmour, S., & Shibuya, K. (2014). Alcohol consumption and psychological distress in adolescents: a multi-country study. *Journal of adolescent health, 54*(2), 228-234.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology, 15*(4), 289-303.
- Beard, C., Millner, A., Forgeard, M., Fried, E., Hsu, K., Treadway, M., Leonard, C., Kertz, S. & Björgvinsson, T. (2016). Network analysis of depression and anxiety symptom relationships in a psychiatric sample. *Psychological Medicine, 46*(16), 3359–3369. doi:10.1017/s0033291716002300
- Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología (PUCP), 34*(2), 239-260.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M. Clarahan, M., Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students, *Journal of Affective Disorders*, vol. 173, pp. 90–96.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2012). *Self-Compassion Increases Self-Improvement Motivation. Personality and Social Psychology Bulletin, 38*(9), 1133–1143. doi:10.1177/0146167212445599
- Brenner, R. E., Heath, P. J., Vogel, D. L., & Credé, M. (2017). Two is more valid than one: Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale (SCS). *Journal of counseling psychology, 64*(6), 696.
- Brenner, R. E., Vogel, D. L., Lannin, D. G., Engel, K. E., Seidman, A. J., & Heath, P. J. (2018). Do self-compassion and self-coldness distinctly relate to distress and well-being? A theoretical model of self-relating. *Journal of Counseling Psychology, 65*(3), 346–357.
- Butcher, J., Hooley, J. & Mineka, S. (2014) *Abnormal Psychology*. 16th. Edición. New York: Pearson.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research, 17*(1), 58-74.
- Castillo Pimienta, C., Chacón de la Cruz, T., & Díaz-Véliz, G. (2016). *Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. Investigación En Educación Médica, 5*(20), 230–237. doi:10.1016/j.riem.2016.03.00

- Chau, C., & Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología (PUCP)*, 35(2), 387-422. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201702.001>
- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 292-302. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02481.x>
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Castilho, P. (2015). Validation of the psychometric properties of the Self- Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(5), 460-468.
- Cox, B. J., Rector, N. A., Bagby, R. M., Swinson, R. P., Levitt, A. J., & Joffe, R. T. (2000). *Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 223–228. doi:10.1016/s0165-0327(99)00043-9
- Cuttilan, A. N., Sayampanathan, A. A., & Ho, R. C. M. (2016). Mental health issues amongst medical students in Asia: a systematic review [2000–2015]. *Annals of translational medicine*, 4(4).
- Deniz, M., Kesici, S. & Sümer, A. (2008). The validity and reliability of the Turkish version of the Self- Compassion Scale. *Social Behavior and Personality*, 36, 1151-1160
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, 19(1), 1-15.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 58, 43-51
- Dusselier, L., Dunn, B., Wang, Y., Shelley, M. C. & Whalen, D. F. (2005). Personal, health, academic, and environmental predictor of stress for residence hall students. *Journal of American College Health*, 54(1), 15-24. <https://doi.org/10.3200/JACH.54.1.15-24>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic medicine*, 81(4), 354-373.

- Ediz, B., Ozcakir, A., & Bilgel, N. (2017). Depression and anxiety among medical students: Examining scores of the beck depression and anxiety inventory and the depression anxiety and stress scale with student characteristics. *Cogent Psychology*, 4(1), 1283829.
- Fawzy M. & Hamed, S. (2017) Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Research*, vol. 225, pp. 186–194.
- Fudino-Villar, Yumiko S., Salazar-Quiroz, Juan J., Wong-Becerra, Luis W., Vega-Dienstmaier, Johann M., & Berrocal-Kasay, Alfredo. (2015). Frecuencia de sintomatología ansiosa y sus factores relacionados en mujeres con artritis reumatoide en un hospital general de Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(2), 80-85.
- Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualizations. Research and use in psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. doi:10.1111/bjc.12043
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 84(3), 239-255.
- Glaesmer, H., Braehler, E., Grande, G., Hinz, A., Petermann, F., & Romppel, M. (2014). The German Version of the Hopkins Symptoms Checklist-25 (HSCL-25)—factorial structure, psychometric properties, and population-based norms. *Comprehensive psychiatry*, 55(2), 396-403
- Graham, K., Massak, A., Demers, A., & Rehm, J. (2007). Does the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(1), 78-88.
- Harvard Program in Refugee Trauma (2006). *Curando las Heridas de la Violencia Masiva y Tortura. Evaluación Simple de Depresión y Trastorno por Estrés Postraumático*. Cambridge.
- Heinen, I., Bullinger, M., & Kocalevent, R. D. (2017). Perceived stress in first year

- medical students—associations with personal resources and emotional distress. *BMC medical education*, 17(1), 4.
- Hendry, L. B., & Kloep, M. (2007). Conceptualizing emerging adulthood: Inspecting the emperor's new clothes? *Child Development Perspectives*, 1(2), 74–79
- Homan, K. J., & Sirois, F. M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health psychology open*, 4(2).
- Hope, V., & Henderson, M. (2014). Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Medical education*, 48(10), 963–979.
- Hupfield, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 115–123.
- Jahan, F., Siddiqui, M. A., Mitwally, M., Zubidi, A., Jasim, N. S., Zubidi, A., & Jasim, H. S. (2016). Perception of stress, anxiety, depression and coping strategies among medical students at Oman medical college. *World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine*, 99(3719), 1-8.
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2015). *The Development of Self-Criticism and Dependency in Early Adolescence and Their Role in the Development of Depressive and Anxiety Symptoms. Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(8), 1094–1109. doi:10.1177/0146167215590985
- Körner, A., Coroiu, A., Copeland, L., Gomez-Garibello, C., Albani, C., Zenger, M., & Brähler, E. (2015). The role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population. *PLoS ONE*, 10(10), e0136598.
- Krause, J. M. (2012). *Everybody fails sometimes: Exploring relations between self-compassion for poor academic performance, first generation status, and the strategic learning beliefs and processes of college students* (Doctoral dissertation).
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904. [\[PDF\]](#)
- Lee, W. K., & Lee, K. (2010). The validation study of the Korean version of Self-

- Compassion Scale with adult women in community. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 49(2), 193–200.
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the Self-Compassion Scale's total score: self-compassion versus self-criticism. *PLoS ONE*, 10(7).
- Maajida A., M., Vishnu P., V., & Gayathri, R. (2018). Effect of stress on academic performance of students in different streams. *Drug Invention Today*, 10(9), 1776–1780.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545–552.
- Mantzios, M., Wilson, J. C., & Giannou, K. (2013). Psychometric properties of the Greek versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales. *Mindfulness*, 6(1), 123–132.
- Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011–1027.
- Mehta K, Kaur S, Girgla KK, Kaur P, Kaur H. (2015). A study of mental distress in medical students. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 5, 190–194
- Monrouxe, L.V., Rees, C.E., Endacott, R., & Ternan, E. (2014). “Even now it makes me angry”: health care students' professionalism dilemma narratives. *Medical Education*, 48(5), 502–517. <https://doi.org/10.1111/medu.12377>
- Morote Rios, R., Hjemdal, O., Martinez Uribe, P., & Corveleyn, J. (2014). Life stress as a determinant of emotional well-being: development and validation of a Spanish-Language Checklist of Stressful Life Events. *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*, 2(1), 390–411
- Müller, J. M., Postert, C., Beyer, T., Furniss, T., & Achtergarde, S. (2010). Comparison of eleven short versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for use in the assessment of general psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 246–254.
- Muris, P. (2015). A protective factor against mental health problems in youths? A critical note on the assessment of self-compassion. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1461–1465.

- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*, *24*(2), 373-383.
- Nakajima, M., Takano, K., & Tanno, Y. (2017). Adaptive functions of self-focused attention: Insight and depressive and anxiety symptoms. *Psychiatry research*, *249*, 275-280.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, *2*(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*, 223–250.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, *7*(1), 264-274.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. En *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). New York: Springer.
- Neff, K. D., Hseih, Y., & Dejithirat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, *4*, 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, *41*, 139-154.
- Neff, K.D. (2012). The science of self-compassion. En C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 79–92). New York: Guilford Press.
- Newcomb-Anjo, S. E., Barker, E. T., & Howard, A. L. (2016). *A Person-Centered Analysis of Risk Factors that Compromise Wellbeing in Emerging Adulthood*. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*(4), 867–883. doi:10.1007/s10964-016-0603-2
- O’Neil, A., Quirk, S. E., Housden, S., Brennan, S. L., Williams, L. J., Pasco, J. A., Berk, M., & Jacka, F. N. (2014). Relationship between diet and mental health in children and adolescents: a systematic review. *American journal of public health*, *104*(10), e31-e42.
- Oksanen, A., Laimi, K., Björklund, K., Löyttyniemi, E., & Kunttu, K. (2017). A 12-year trend of psychological distress: National study of Finnish university students.

- Central European Journal of Public Health, 25(2), 113–119.
<https://doi.org/10.21101/cejph.a4438>
- Olatunji, B. O., Naragon-Gainey, K., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2013). Specificity of rumination in anxiety and depression: A multimodal meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(3), 225-257.
- Oro, P., Esquerda, M., Viñas, J., Yuguero, O., & Pifarre, J. (2017). Síntomas psicopatológicos, estrés y burnout en estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 20(1), 42-48.
- Osada Liy, J. E., Rojas Villegas, M. O., Rosales Vásquez, C. E., & Vega Dienstmaier, J. (2008). Consumo de cafeína en estudiantes de medicina y su coexistencia con sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Médica Herediana*, 19(3), 102-107.
- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C., & Vega-Dienstmaier, J. M. (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista de Neuropsiquiatría*, 73(1).
- Ozdemir, B., & Seef, N. (2017). Examining the Factors of Self-Compassion Scale with Canonical Commonality Analysis: Syrian Sample. *Eurasian Journal of Educational Research*, 17(70), 19-36.
- Pacheco, J. P., Giacomini, H. T., Tam, W. W., Ribeiro, T. B., Arab, C., Bezerra, I. M., & Pinasco, G. C. (2017). Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 39(4), 369-378.
- Paolucci, E. M., Loukov, D., Bowdish, D. M. E., & Heisz, J. J. (2018). *Exercise reduces depression and inflammation but intensity matters*. *Biological Psychology*, 133, 79–84 .doi:10.1016/j.biopsycho.2018.01.015
- Pastorelli, J., & Gargurevich, R. (2018). Propiedades psicométricas de la escala de autocompasión en estudiantes de medicina de Lima. *Revista Interamericana de Psicología*, 52(2).
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., & Couyoumdjian, A. (2013). Dimensionality of self-compassion: translation and construct validation of the Self- Compassion Scale in an Italian sample. *Journal of Mental Health*, 23(2), 72-77
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2012). Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 529-539.

- Piko, B. F. (2007). Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *European journal of pediatrics*, *166*(7), 701-708.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, *74*(2), 116-143.
- Pozos-Radillo, B. E., Preciado-Serrano, M. L., Acosta Fernández, M., Aguilera-Velasco, M. A., Delgado, D. D. (2014). Academic stress as a predictor of chronic stress in university students. *Psicología Educativa*, *20*, 47-52.
<https://doi.org/10.1016/j.pse.2014.05.006>
- Puthran, R., Zhang, M. W., Tam, W. W., & Ho, R. C. (2016). Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Medical education*, *50*(4), 456-468.
- Quirk, S. E., Williams, L. J., O'Neil, A., Pasco, J. A., Jacka, F. N., Housden, S., Berk, M., & Brennan, S. L. (2013). The association between diet quality, dietary patterns and depression in adults: a systematic review. *BMC psychiatry*, *13*(1), 175
- Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, *9*(3), 366–378.
[doi:10.1080/17437199.2015.1022901](https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1022901)
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2013). Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, adulthood. *Clinical Psychological Science*, *1*(1), 1–21.
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, *316*(21), 2214-2236.
- Ruzhenkova, V. V., Ruzhenkova, V. A., Lukyantseva, I. S., & Anisimova, N. A. (2018). Academic stress and its effect on medical students' mental health status. *Drug Invention Today*, *10*(7).
- Saeed, A. A., Bahnassy, A. A., Al-Hamdan, N. A., Almudhaibery, F. S., & Alyahya, A. Z. (2016). Perceived stress and associated factors among medical students. *Journal of family & community medicine*, *23*(3), 166.

- Saravia, J. C., & Chau, C. (2017). What factors are related to self-perceived health? The relationship between Sense of Coherence, behaviors and health on Peruvian emerging adults. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 111-116.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., & Mehl, M. R. (2012). When leaving your Ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23, 261–269.
- Scheepers, R. A., Boerebach, B. C., Arah, O. A., Heineman, M. J., & Lombarts, K. M. (2015). A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *International journal of behavioral medicine*, 22(6), 683–698. doi:10.1007/s12529-015-9473-3
- Sirota, N. A., Moskovchenko, D. V., Yaltonsky, V. M., & Yaltonskaya, A. V. (2018). The Role of Emotional Schemas in Anxiety and Depression among Russian Medical Students. *Psychology in Russia*, 11(4), 130.
- Skogen, J. C., Øverland, S., Smith, O. R., & Aarø, L. E. (2017). The factor structure of the Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) in a student population: a cautionary tale. *Scandinavian journal of public health*, 45(4), 357-365.
- Sloan, H. & Clayman, D. (2018). ‘Just what the doctor ordered’: Promoting wellbeing with medical students. *Journal of the Australian and New Zealand Student Services Association*, (26)1, 51-59. <https://doi.org/10.30688/janzssa.2018.02>
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249–257.
- Stallman, H. M., Ohan, J. L., & Chiera, B. (2018). Reducing distress in university students: A randomised control trial of two online interventions. *Australian Psychologist*, 54(2). doi:10.1111/ap.12375
- Tam, W., Lo, K., & Pacheco, J. (2019). Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Medical education*, 53(4), 345-354
- Tataje Márquez, A. J. (2013). *Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02225a&AN=pucp.543321&lang=es&site=eds-live&scope=site>

- Tian, L., Chen, H., & Huebner, E. S. (2014). The longitudinal relationships between basic psychological needs satisfaction at school and school related subjective well-being in adolescents. *Soc. Indic. Res.* 119: 353-372.
- Tran, A., Tran, L., Geghre, N., Darmon, D., Rampal, M., Brandone, D., Gozzo, J. M., Haas, H., Rebouillat-Savy, K., Caci, H., & Avillach, P. (2017). Health assessment of French university students and risk factors associated with mental health disorders. *PLoS ONE*, 12(11): e0188187.
- Trowler, P. R. (2001). *Academic tribes and territories*. McGraw-Hill Education.
- Vargas, M., Talledo-Ulfe, L., Heredia, P., Quispe-Colquepisco, S., & Mejia, C. R. (2018). Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 32-36.
- Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotional regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491.
- Wass, R., Timmermans, J., Harland, T., & McLean, A. (2018). Annoyance and frustration: Emotional responses to being assessed in higher education. *Active Learning in Higher Education, Advance Online*. <https://doi.org/10.1177/1469787418762462>
- Williams, M. J., Dalgleish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the self-compassion scale. *Psychological assessment*, 26(2), 407.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995.
- Yang, Y., Zhang, M., & Kou, Y. (2016). Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*, 98, 91-95.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). *The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis*. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340–364. doi:10.1111/aphw.12051

Apéndice A

Consentimiento informado

El presente estudio es conducido por Camilo Quintana, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo el asesoramiento de la Dra. Patricia Martínez. El objetivo de esta investigación es explorar la relación entre algunos síntomas psicológicos y las formas de actuar ante uno mismo en momentos difíciles.

Si usted accede a colaborar con este estudio, se le pedirá completar una ficha de datos personales y tres breves cuestionarios, que le tomarán 15 minutos aproximadamente. La información que se brinde será confidencial y no se usará con ninguna otra intención a la del objetivo de esta investigación.

Su participación es anónima y voluntaria. Usted puede decidir retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Asimismo, si tiene alguna duda sobre este estudio o acerca de las preguntas de la ficha o de los cuestionarios, puede hacerlas al investigador en cualquier momento o contactarse al correo camilo.quintana@pucp.pe.

He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma del evaluado(a)
(OPCIONAL)

Firma del investigador

Lima, ____ de _____ del 2019

Apéndice B

Ficha de datos

Ciclo		Lugar de nacimiento			
Edad		Sexo	<table border="1"> <tr> <td>M</td> </tr> <tr> <td>F</td> </tr> </table>	M	F
M					
F					
		¿Tiene pareja estable?	<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> </tr> <tr> <td>No</td> </tr> </table>	Sí	No
Sí					
No					

1. Datos académicos

¿Cómo considera su rendimiento en la universidad?						
Muy malo	1	2	3	4	5	Muy bueno

Indique su nivel de satisfacción con la educación que recibe						
Muy insatisfecho	1	2	3	4	5	Muy satisfecho

2. Datos sobre salud

¿Se realiza chequeos médicos al menos una vez al año?	Sí	No
--	----	----

¿Cuántos cigarrillos consume al día en promedio?	
---	--

En general, diría usted que su salud es...					
Mala	1	2	3	4	Muy buena

¿Cómo describiría su consumo de alcohol?						
Nada	1	2	3	4	5	Mucho

¿Cómo describiría su consumo de frutas y verduras?						
Nada	1	2	3	4	5	Mucho

¿Cómo describiría la frecuencia con la que realiza ejercicio?						
Nada	1	2	3	4	5	Mucho

Apéndice C

Análisis de confiabilidad

Tabla 1: Confiabilidad de la Escala de Autocompasión (6 factores)

	Alfa de Cronbach	Nº de ítem	Correlación Ítem-Total
Auto-amabilidad	.79	5	.57
		12	.64
		19	.52
		23	.51
		26	.60
Humanidad compartida	.71	3	.40
		7	.55
		10	.44
		15	.58
Conciencia plena	.72	9	.48
		14	.66
		17	.52
		22	.40
Auto-juicio	.74	1	.50
		8	.45
		11	.62
		16	.50
		21	.45
Aislamiento	.73	4	.62
		13	.53
		18	.40
		25	.55
Sobre-identificación	.74	2	.58
		6	.49
		20	.51
		24	.56

Tabla 2: Confiabilidad de los compuestos de la Escala de Auto-compasión (2 factores)

	Alfa de Cronbach	Nº de ítem	Correlación Ítem-Total
Auto-compasión	.88	3	.49
		5	.52
		7	.51
		9	.53
		10	.45
		12	.63
		14	.63
		15	.65
		17	.54
		19	.57
		22	.52
		23	.53
		26	.68
Auto-juicio	.88	1	.52
		2	.69
		4	.69
		6	.59
		8	.48
		11	.61
		13	.57
		16	.59
		18	.32
		20	.51
		21	.49
		24	.51
		25	.71

Tabla 3: Confiabilidad del Hopkins Symptom Checklist 25

	Alfa de Cronbach	Nº de ítem	Correlación Ítem-Total
Ansiedad	.80	1	.42
		2	.52
		3	.28
		4	.65
		5	.41
		6	.36
		7	.52
		8	.36
		9	.69
		10	.59
Depresión	.87	11	.61
		12	.62
		13	.48
		14	.37
		15	.18
		16	.44
		17	.61
		18	.75
		19	.59
		20	.58
		21	.71
		22	.44
		23	.55
		24	.35
		25	.62

Apéndice D

Estadísticos descriptivos y pruebas de normalidad

Tabla 1: Estadísticos de HSCL y SCS

	M	DE	Min.	Máx.	Asimetría	Curtosis	K-S
HSCL-25 - Ansiedad	1.70	.41	1.00	2.71	.75	-.03	.16***
HSCL-25 - Depresión	1.80	.49	1.07	3.50	1.19	1.37	.15***
HSCL-25 – Total	1.76	.43	1.08	3.18	1.05	.91	.14***
SCS - Auto-amabilidad	3.00	.89	1.20	5.00	.07	-.51	.07
SCS - Humanidad compartida	2.79	.81	1.00	4.75	-.06	-.52	.10*
SCS - Conciencia plena	2.99	.81	1.00	5.00	.01	-.07	.10*
SCS - Auto-juicio	2.62	.79	1.00	5.00	.37	.07	.13***
SCS - Aislamiento	2.44	.87	1.00	4.50	.30	-.64	.10**
SCS - Sobre-identificación	2.76	.88	1.00	5.00	.06	-.41	.07
SCS - Compuesto auto-com.	2.93	.73	1.31	4.69	-.14	-.62	.10**
SCS - Compuesto auto-juicio	2.60	.74	1.00	4.54	.29	-.38	.10*
SCS – Total	3.16	.54	1.38	4.54	-.32	.70	.10*

Nota. HSCL-25 = Hopkins Symptoms Checklist-25. SCS = Escala de autocompasión. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Tabla 2: Estadísticos de datos personales

	M	DE	Min.	Máx.	Asimetría	Curtosis	K-S
Edad	20.14	2.40	18	25	1.53	2.23	.24***
Rendimiento académico	3.70	.73	1	5	-.22	.77	.27***
Satisfacción con educación	3.51	.91	1	5	-.29	.27	.22***
Salud percibida	3.35	.62	2	4	-.39	-.64	.29***
Consumo de alcohol	1.83	.94	1	4	.68	-.80	.31***
Alimentación saludable	3.62	.93	1	5	-.03	-.54	.24***
Frecuencia de ejercicio	2.69	1.27	1	5	.36	-.88	.22***

Nota. *** $p < .001$