

Universidad de Lima

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología



**AUTOCOMPASIÓN Y EVITACIÓN
EXPERIENCIAL, UNA RELACIÓN INVERSA
EN ADULTOS JÓVENES DE LIMA
METROPOLITANA**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Francisco Dellachiesa Reyes

Código 20150431

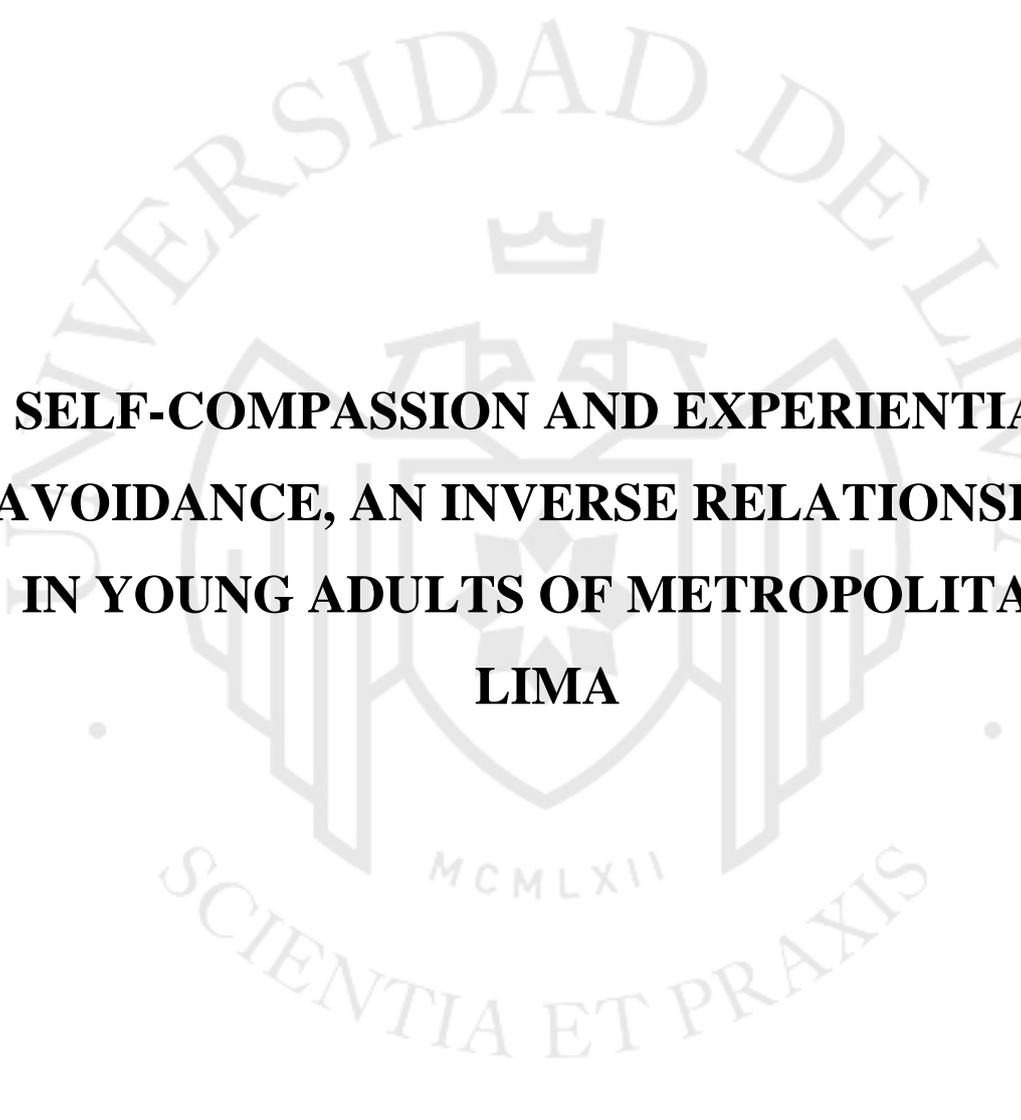
Asesora

Sandra Inurritegui González

Lima – Perú

Noviembre de 2021



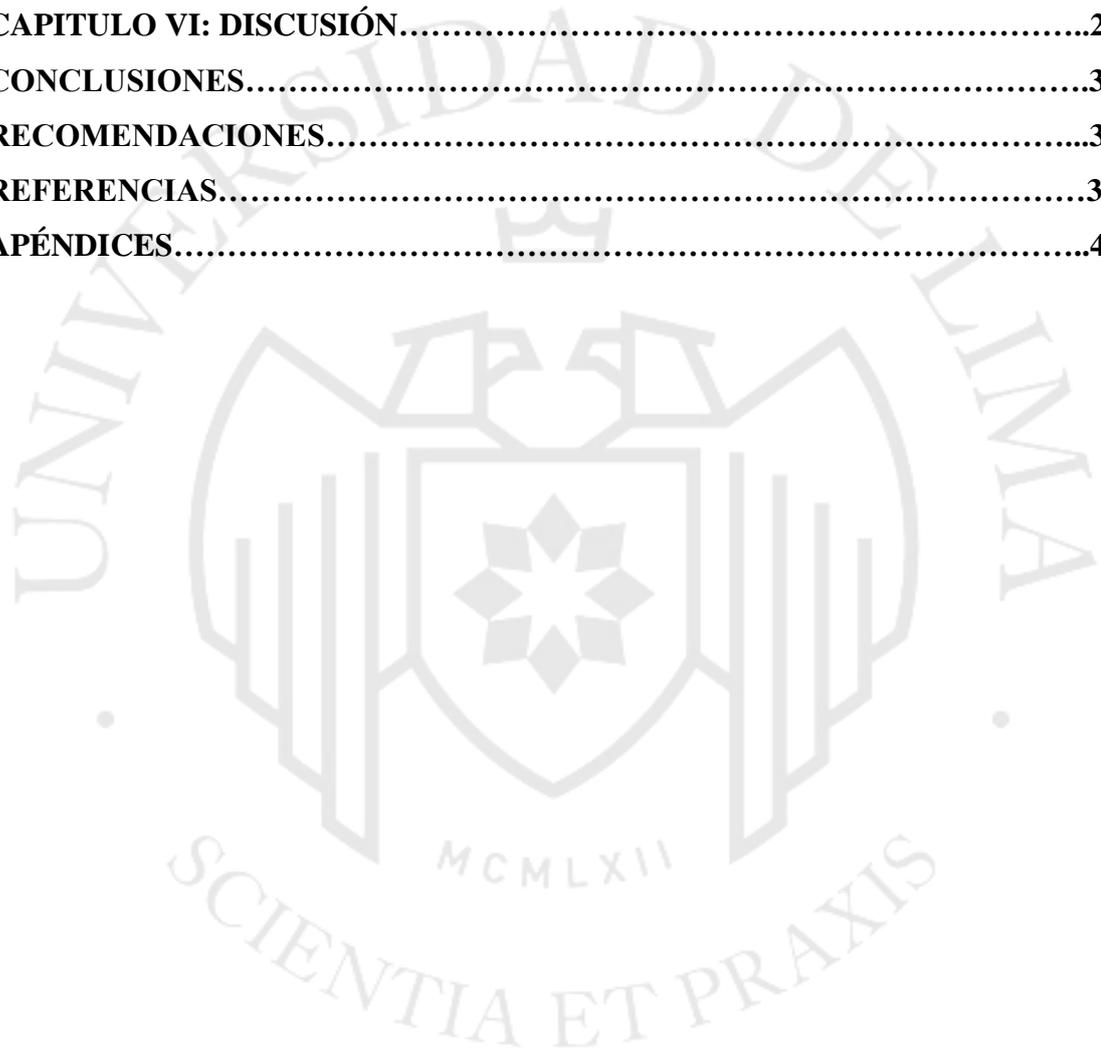


**SELF-COMPASSION AND EXPERIENTIAL
AVOIDANCE, AN INVERSE RELATIONSHIP
IN YOUNG ADULTS OF METROPOLITAN
LIMA**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Justificación y relevancia.....	2
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	4
2.1 Evitación experiencial.....	4
2.1.1 Definición.....	4
2.1.2 ACT y la evitación experiencial.....	4
2.2 Autocompasión.....	5
2.2.1 Definición.....	5
2.2.2 Modelo de autocompasión de Neff.....	6
2.3 Autocompasión y evitación experiencial.....	8
CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	12
3.1 Objetivos.....	12
3.1.1 Objetivo general.....	12
3.1.2 Objetivos específicos.....	12
3.2 Hipótesis.....	12
3.2.1 Hipótesis general.....	12
3.2.2 Hipótesis específicas.....	12
3.3 Definición de variables.....	13
3.3.1 Autocompasión.....	13
3.3.2 Evitación experiencial.....	13
CAPITULO IV: MÉTODO	14
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	14
4.2 Participantes.....	14
4.3 Técnicas de recolección de datos.....	15
4.3.1 Ficha de datos sociodemográficos.....	15

4.3.2 Escala de autocompasión.....	15
4.3.3 Escala de Aceptación y Acción II.....	17
4.4 Procedimiento de recolección de datos.....	19
CAPITULO V: RESULTADOS.....	20
5.1 Estadísticos descriptivos.....	20
5.2 Prueba de hipótesis.....	21
5.3 Análisis complementarios.....	22
CAPITULO VI: DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS.....	32
APÉNDICES.....	43



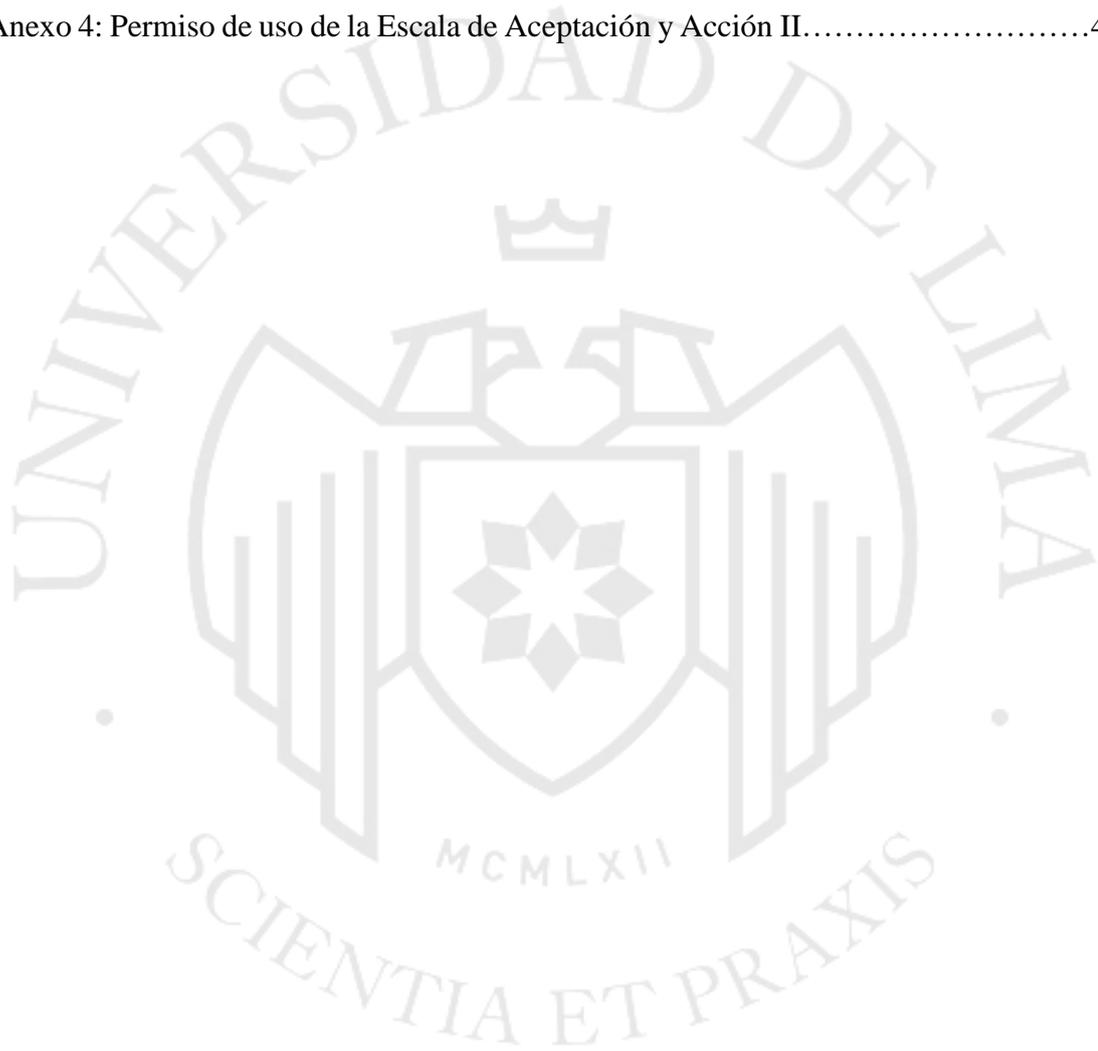
ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1 Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad de los puntajes totales de la Escala de Autocompasión (SCS) y Escala de Aceptación y Acción II (AAQ-II).....	20
Tabla 5.2 Correlaciones entre puntaje total y dimensiones de la Autocompasión y la Evitación Experiencial.....	21
Tabla 5.3 Prueba de normalidad para las comparaciones por sexo.....	22
Tabla 5.4 Prueba U de Mann-Whitney, probabilidad y coeficiente de correlación biserial.....	23
Tabla 5.5 Estadísticos descriptivos de las comparaciones por Sexo (hombres N=100, mujeres N=143).....	24



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado.....	44
Anexo 2: Ficha de datos sociodemográficos.....	45
Anexo 3: Permiso de uso de la Escala de autocompasión.....	46
Anexo 4: Permiso de uso de la Escala de Aceptación y Acción II.....	47



RESUMEN

Se propone que la autocompasión es un mecanismo importante para aliviar el sufrimiento humano y comprender la evitación del mismo; sin embargo, pocas investigaciones han proporcionado evidencia empírica sobre el fenómeno. El presente estudio científico tiene como objetivo analizar la relación entre la *autocompasión* (AC) y la *evitación experiencial* (EE) en adultos jóvenes de Lima Metropolitana. Se evaluaron a un total de 243 participantes a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la medición de las variables se emplearon dos escalas adaptadas al contexto peruano: la Escala de Autocompasión (SCS) y la Escala de Aceptación y Acción II (AAQ-II). Los resultados mostraron una relación negativa y fuerte entre la autocompasión y evitación experiencial. De acuerdo con lo esperado, la evitación experiencial se relacionó negativamente con las dimensiones positivas de la AC (*auto-amabilidad, humanidad compartida, conciencia plena*) y positivamente con las dimensiones negativas (*auto-juicio, aislamiento, sobre-identificación*). Se realizaron análisis complementarios y se hallaron diferencias en base a los sexos. La presente investigación proporciona apoyo empírico sobre el uso de la autocompasión como una herramienta terapéutica.

Palabras clave: autocompasión, evitación experiencial, adultos jóvenes, Escala de Autocompasión, Escala de Aceptación y Acción II.

ABSTRACT

Self-compassion is proposed to be an important mechanism for alleviating the human suffering and understanding its avoidance; however, few investigations have provided empirical evidence about the phenomenon. The present scientific study aims to analyze the relationship between *self-compassion* (AC) and *experiential avoidance* (EE) in young adults from Metropolitan Lima. A total of 243 participants were evaluated through non-probability convenience sampling. For the measurement of the variables, two scales adapted to the Peruvian context were used: Self-Compassion Scale (SCS) and Acceptance and Action Scale II (AAQ-II). The results showed a strong and negative relationship between self-compassion and experiential avoidance. As expected, experiential avoidance was negatively related to the positive dimension of AC (*self-kindness, common humanity, mindfulness*) and positively to the negative dimensions (*self-judgment, isolation, over-identification*). Complementary analyzes were carried out and were found differences based on sex. The present research provides empirical support on the use of self-compassion as a therapeutic tool.

Key words: self-compassion, experiential avoidance, young adults, Self-compassion Scale, Acceptance and Action Scale II.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) señala que la salud mental es un estado de bienestar a través del cual las personas reconocen las propias habilidades, son capaces de enfrentar el estrés normal de la vida, trabajar de forma fructífera y contribuir a la sociedad; en contraposición, la enfermedad mental, entendida como una combinación de alteraciones del pensamiento, percepción, emociones, comportamiento y relaciones sociales, se caracteriza por producir malestar y sufrimiento (OMS, 2019). En cuanto a la prevalencia de trastornos mentales, los casos de depresión bordean los 300 millones de personas, la bipolaridad afecta a 60 millones y la esquizofrenia a 21 millones (OMS, 2019). Asimismo, las diferentes enfermedades mentales afectan a una cantidad importante de personas y repercuten negativamente en la vida y salud integral del individuo (Phélan, 2011). En Perú, el Ministerio de Salud estimó que para el 2021 el 6% (alrededor de 2 millones de personas) de la población nacional presentaría problemas relacionados con la salud mental, además, es un porcentaje con una tendencia ascendente (Minsa, 2018). De esta manera, el Minsa (2016) afirma que las patologías mentales conforman la primera causa de años de vida saludables perdidos en nuestra población.

La enfermedad mental viene acompañada por el sufrimiento de la persona, sufrir es una experiencia aversiva anclada al carácter vulnerable del ser humano; asimismo, es un estado que suele presentarse cuando vivimos momentos difíciles en nuestra vida (Rondón, 2006; Montalvo-Prieto et al., 2012; Hayes, 2012). A pesar de las diferentes formas en las que se puede manifestar el sufrimiento, distintos autores concluyen que el ser humano tiende a evitar y no conectarse con las emociones desagradables que se experimentan en ello (Luciano et al., 2005; Monestès et al., 2018; Rodríguez & Babiano, 2019; Hayes-Skelton & Eustis, 2020). Específicamente, la literatura científica propone el término de *evitación experiencial* para designar el fenómeno basado en el patrón persistente de evasión de estímulos aversivos (Hayes & Wilson, 1993; Hayes & Wilson, 1994; Vázquez-Morejón et al., 2019). Dicha predisposición a evitar las vivencias perturbadoras conlleva a no tomar en cuenta el propio dolor y estancarnos en el desarrollo de nuestro bienestar como ser humano.

En el ámbito terapéutico y de la salud mental, se enfatiza el hecho de que la evitación de las propias dolencias emocionales no contribuye a nuestra salud, sobre todo en el modelo de Terapia de aceptación y compromiso (ACT) que pertenece a la tercera generación de terapias cognitivas conductuales (Hayes, 2004; Soriano & Salas, 2006; Luciano et al., 2016). El paradigma ACT plantea que el sufrimiento es una condición humana producida por la capacidad de derivar relaciones simbólicas entre estímulos (rigidez del lenguaje) que finalmente impide a la persona vivir una vida valiosa (Hayes et al., 1999; Wilson & Luciano, 2002); a medida que los patrones de rigidez cognitiva y control emocional se consolidan, el repertorio de comportamientos de una persona se hará cada vez más acortado, lo que dificultará ejecutar respuestas flexibles frente a una problemática específica (Egúsqüiza, 2015).

En el repertorio de estrategias que se emplean en ACT, se utiliza el entrenamiento en *compasión* hacia los demás o hacia sí mismo (Tirch et al., 2014). Es un constructo que se unió a la psicología occidental recientemente (Araya & Moncada, 2016), ya que proviene del pensamiento budista y consta en una práctica antigua oriental. Neff (2008) propone que la autocompasión ayuda a mantener una visión equilibrada sobre las propias emociones desagradables, de manera que el dolor personal no sea suprimido, negado, ni exagerado. Diferentes estudios han evidenciado que la autocompasión beneficia la salud integral de las personas (Biber & Ellis, 2017; Dewsaran-van der Ven et al., 2018; Dunne et al., 2016).

Se ha investigado la relación entre la autocompasión y la resiliencia, apego, atención plena, salud, motivación, trauma, entre otras variables (Kemper et al., 2015; Valdez & Lilly, 2015; López et al., 2017; Bluth & Neff, 2018; Brophy et al., 2020). Sin embargo, a pesar de que en las terapias de tercera generación se emplean actualmente estrategias basadas en autocompasión con el fin de abordar el sufrimiento y manejar el dolor (Beaumont et al., 2012; Krawitz, 2012; Germer & Neff, 2013; Frostadottir & Dorjee, 2019), aún no se ha investigado directamente la relación existente entre la evitación experiencial y la autocompasión. A partir de lo expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se relaciona la autocompasión con la evitación experiencial en los adultos jóvenes?

1.2 Justificación y relevancia

En lo que concierne a la salud mental de cada individuo, es importante gozar de un estado de bienestar estable con el fin de que la persona pueda afrontar adaptativamente el estrés normal de la vida y de esa forma vivir de manera más plena y sana (OMS, 2013). En base a las recomendaciones analizadas en investigaciones recientes sobre la autocompasión y constructos como la ansiedad y depresión (Døssing et al., 2015; Finlay-Jones, 2017; Carvalho et al., 2019) se evidencia una demanda por obtener conocimiento actualizado sobre cómo la evitación de experiencias dolorosas se vincula e interactúa con el ser autocompasivo.

El propósito del presente estudio es contribuir positivamente a la calidad de vida del ser humano, los resultados que se brindarán a través de la investigación serán útiles en dos vertientes: teórica y práctica. En la teoría, los hallazgos del estudio apuntan a generar conocimiento novedoso sobre cómo la autocompasión se asocia a comportamientos evitativos (Sirois, 2015; Suso, 2018). En este aspecto, siendo la primera investigación que correlaciona directamente las dos variables en mención, los resultados marcarán un camino sólido sobre las futuras investigaciones en el campo de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el territorio peruano.

En la práctica, los hallazgos proporcionarán evidencia empírica para tomar decisiones en el ámbito terapéutico; de este modo, la comunidad de terapeutas no carecerá de un respaldo científico al momento de brindar un tratamiento basado en estrategias de autocompasión. En consecuencia, se beneficiarán directamente aquellos pacientes que se encuentran en la experiencia del sufrimiento en la medida que apliquen en sus vidas las indicaciones y estrategias propuestas por un modelo de autocompasión (Terry & Leary, 2011; Sirois & Rowse, 2016).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Evitación experiencial

2.1.1 Definición

La evitación experiencial (EE) se define como el fenómeno en el que una persona no desea tomar contacto con experiencias privadas aversivas: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, imágenes mentales, recuerdos, etc. y realiza acciones para alterar la forma o frecuencia de esa experiencia o los contextos que la produce (Hayes et al., 1999; Wilson & Luciano, 2002; Vázquez-Morejón et al., 2019). En la actualidad, la EE es considerada como uno de los elementos que genera rígidos patrones de comportamiento, lo cual lleva a la inflexibilidad psicológica (Lilly & Allen, 2015).

La naturaleza del constructo es transdiagnóstica, lo que significa que puede explicar la existencia de varias disfunciones psicológicas (ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.). Serrano-Ibáñez et al. (2019) sostienen que la EE tiene una función específica: evadir emociones desagradables que se producen en experiencias dolorosas con el fin de reducir los niveles de angustia y estrés a corto plazo; sin embargo, el uso de dicha estrategia es destructiva a largo plazo y termina causando más sufrimiento al individuo (Contreras-Valdez et al., 2018). En coherencia con lo anterior, las personas generalizan y desarrollan una tendencia a evitar determinados estímulos aversivos mediante el significado atribuido a ellos: huimos de lo que nos duele, porque duele; sin embargo, en la vida no toda experiencia difícil se puede evadir, por ejemplo, la muerte de un ser querido es un evento que necesita pasar por el dolor natural que esa experiencia implica. Si se evita constantemente una vivencia dolorosa es posible que se abra espacio a que el individuo experimente diferente tipo de sintomatología. En síntesis, Revenga et al. (2018) refieren que la EE tiende a ser una estrategia de afrontamiento destructiva a largo plazo y se encarga de sostener el trastorno patológico en cuestión (ansioso, depresivo, etc.) ya que es un tipo de evitación producto del lenguaje que restringe nuevas oportunidades de aprendizaje mediante las cuales las personas podrían acercarse a vivir la vida valiosa que anhelan.

2.1.2 ACT y la evitación experiencial

La evitación experiencial es uno de los conceptos pilares que explica la generalización del sufrimiento en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2012). El paradigma propone que la EE se presenta en una persona a través del aprendizaje relacional que consiste en concatenaciones de relaciones entre las vivencias previas y los significados atribuidos a ellas (Sidman, 1971; Coletti y Teti 2015). Esto significa que de acuerdo a los contextos que una persona ha vivido, se extrapolarán conocimientos sobre las consecuencias aversivas, las cuales tenderán a evitarse en futuro (Brabender & Fallon, 2019). En coherencia con lo anterior, el sufrimiento es una característica propia del ser humano y emerge del uso de un lenguaje rígido e inflexible (Hayes et al., 2012); la naturaleza del mismo nos puede situar en la posición de evitarlo con el fin de buscar alivio momentáneo (Suso, 2018). En consecuencia, la problemática surge cuando el ser humano aprende a evitar el sufrimiento con el fin de percibir un bienestar inmediato, lo cual a largo plazo no resuelve la experiencia aversiva, sino, forma un patrón inflexible y brinda la posibilidad de que se retroalimente el sufrimiento (Patrón-Espinosa, 2013). El objetivo central de la ACT es que el individuo logre relacionarse de una manera flexible con los eventos privados (pensamientos, sensaciones físicas, emociones, etc.) que en la actualidad causan sufrimiento y guiar las personas a vivir vidas con sentido a través de sus valores (Hayes et al., 2012; Perea-Gil, 2017).

En síntesis, para alterar el patrón de inflexibilidad la terapia hace énfasis en seis procesos a trabajar: i) *aceptación*: relacionarse conscientemente con las experiencias internas sin cambiar su frecuencia o forma, ii) *defusión cognitiva*: un estado en el que uno logra mantener una distancia psicológica de las experiencias (p.e. distanciarse de pensamientos o creencias rumiantes) en lugar de tomarlas literalmente o suprimirlas, iii) *contacto con el momento presente*: ser consciente y receptivo sin utilizar prejuicios en un momento presente como ocurre en la atención plena o mindfulness, iv) *Yo-cómo-contexto*: ser consciente de que uno es un flujo propio de experiencias sin necesidad de apegarse a ellas, uno es el contenedor de todo lo que le va ocurriendo en la vida, v) *valores*: tener una vida que se elige de manera libre y que sea personalmente significativa, vi) *acción comprometida*: los actos son guiados por los valores que el ser humano desea cultivar durante toda su vida (Pakenham, 2015; Twohig et al., 2019).

2.2 Autocompasión

2.2.1 Definición

La compasión en sí misma es un concepto que proviene de la palabra latina *compati* que significa “sufrir con”, es la actitud que implica apertura hacia el sufrimiento de los demás, de una forma no defensiva y sin prejuicios, manifestando un deseo genuino de aliviar el sufrimiento inherente a las cogniciones relacionadas con las causas del sufrimiento (Gilbert, 2005; Gilbert, 2010). La autocompasión (AC) es un término budista de raíces orientales, es una palabra que se ha adherido actualmente al pensamiento occidental y básicamente consiste en asumir una actitud compasiva en cuanto a uno mismo. El constructo tiene un significado dinámico que se puede entender como la actitud de autocomprenderse mientras uno se conecta con el propio sufrimiento y lo recibe con apertura con el fin de calmarlo y aliviarse a través de la amabilidad (Souza & Hutz, 2016).

Las personas que son autocompasivas presentan una visión equilibrada sobre las emociones desagradables, de modo que el dolor personal no es suprimido, negado o exagerado (Neff, 2008). El ser humano que emplea la autocompasión se demuestra sensible y empático ante el propio malestar, logrando mantenerse tolerante con ello sin caer en la autocrítica y en el enjuiciamiento, comprendiendo las causas del dolor y tratándose a sí mismo con mucha calidez (Araya & Moncada, 2016). De acuerdo a lo anterior, se puede suponer que una persona con características autocompasivas puede expresar una mejor flexibilidad +frente a las dificultades que le proporciona la vida.

2.2.2 Modelo de autocompasión de Neff

Si bien la autocompasión ha sido estudiada por diferentes investigadores, Kristin Neff ha sido la autora más reconocida a nivel internacional por sus aportes en relación al constructo; estableció un modelo que comprende 6 factores que forman 3 parejas naturalmente opuestas que representan el comportamiento compasivo versus el no compasivo: *auto-amabilidad* versus *auto-juicio*, *humanidad compartida* versus *aislamiento* y *conciencia plena* versus *identificación excesiva (o sobre-identificación)* (Neff, 2016).

De acuerdo con Neff (2003a) y Neff (2003b), la *auto-amabilidad* es tener una voluntad agradable y afectiva hacia sí mismo e implica aceptación. El concepto se

presenta a través de dos formas direccionadas hacia sí mismo: activa y pasiva, donde la primera hace referencia a los actos de bondad y amor, mientras que la segunda se manifiesta a través de las acciones relacionadas a la paciencia y tolerancia (Smith et al., 2018). Las personas que emplean la auto-amabilidad no tienden a degradar la propia autoestima, presentan un diálogo interno adaptativo y se asocia a mayores niveles de bienestar subjetivo (Dreisoerner et al., 2020).

El *auto-juicio* se entiende como hacerse juicios severos que causan sufrimiento (Neff, 2003a; Neff, 2003b). Warren et al. (2016) explican diferentes características de esta dimensión: 1) es un constructo transdiagnóstico que predice la depresión y está vinculado a las recaídas en los trastornos depresivos; 2) se suelen experimentar sentimientos de inferioridad, fracaso y culpa, el individuo se involucra en una evaluación constante y dura de sí mismo; 3) existe una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad, trastornos alimenticios, rumiación, niveles bajos de autoestima, trastornos por uso de sustancias, fobias y trastorno de estrés post traumático; 4) altos niveles de auto-juicio se consideran como un obstáculo que interfiere en el desarrollo de una alianza terapéutica sólida y del proceso terapéutico. Como se ha observado, el auto-juicio tiene una vasta gama de correlatos negativos, Zuroff et al. (2021) brindan más detalles acerca del constructo: i) se sostiene en un miedo crónico de ser desaprobado por los demás, en pensamientos de insuficiencia y en la tendencia a preocuparse por los errores y fracasos; ii) se asocia con el trastorno límite de la personalidad, relaciones interpersonales insatisfactorias, tendencias suicidas, autolesiones, menor éxito ocupacional y menor bienestar subjetivo.

La *humanidad compartida* implica que el individuo comprenda los eventos de la vida como parte de una experiencia humana más amplia (Neff, 2003a; Neff, 2003b), el concepto involucra el reconocimiento de que los humanos somos seres imperfectos, todos presentamos fallas y cometemos errores a menudo, al recordar que esa imperfección es parte de la vida nos sentimos menos aislados y solos cuando se está atravesando una experiencia dolorosa (Warren et al., 2016). Parece que la humanidad compartida funciona como un soporte o factor protector. La importancia de este elemento reside en los momentos en que un individuo se detiene y observa que los demás son nuestros similares, esto conlleva a tratarse con respeto y dignidad en virtud de una humanidad que es

compartida por todos nosotros, además, promueve la compasión hacia uno mismo y es un factor predictor de la felicidad y bienestar (Campos et al., 2016; Ling et al., 2020).

El *aislamiento* hace referencia a separar y entender los eventos de manera aislada, como si las experiencias negativas le pasaran solo a uno mismo y no son parte de un todo (Neff, 2003a; Neff, 2003b). En la experiencia del sufrimiento, el aislamiento se vivencia como soledad frente a una situación aversiva y depende en gran medida de las expectativas sociales del individuo, altos niveles de aislamiento pueden conducir a la disminución de la felicidad, además, presentar mayores niveles de autocompasión se asocia con una mejor calidad de vida social (Benzo et al., 2017). Los altos niveles de aislamiento se asocian positivamente con la sintomatología ansiosa y depresiva, por otro lado, cuando las personas realizan un entrenamiento basado en autocompasión los niveles de aislamiento decrecen (Dunne et al., 2016; Phillips, 2019).

La *conciencia plena* consiste en la habilidad de mantener equilibrio y conciencia en los eventos privados dolorosos sin evitarlos o exagerar los aspectos negativos (Neff, 2003a; Neff, 2003b). Específicamente, es un estado mental a través del cual las personas focalizan su atención en la propia experiencia sensorial, cognitiva, física y emocional en el momento presente sin emitir juicios (Cheung et al., 2020). El entrenamiento en esta habilidad conlleva a una reducción significativa del estrés y en la prevención de recaídas en la depresión; además, la aplicación de las técnicas basadas en conciencia plena presentan distintos beneficios para la salud: se asocia al bienestar subjetivo, mejoran significativamente los síntomas contenidos en la ansiedad, trastorno de estrés post traumático, trastornos de la alimentación, trastornos por uso de sustancias y otras afecciones médicas como la diabetes, hipertensión, cáncer, artritis, obesidad y enfermedades cardíacas (Coronado-Montoya et al., 2016).

Finalmente, la *identificación excesiva (o sobre-identificación)* consiste en discriminar cogniciones y emociones con el objetivo de negarlas o exacerbar el dolor a través de rumiaciones (Neff, 2003a; Neff, 2003b). La rumiación es un constructo transdiagnóstico que se relaciona negativamente con el bienestar y se trata de una afección que se asocia positivamente con altos niveles de estrés, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, alimenticios, abuso de sustancias, entre otros (Nolen-Hoeksema, 2000; Rawal et al. 2010).

2.3 Autocompasión y evitación experiencial

De acuerdo con la literatura científica actual, aún no se ha investigado directamente la relación existente entre las autocompasión y evitación experiencial. Otros estudios han observado la asociación entre ambas variables como un dato complementario a los análisis estadísticos priorizados.

La autocompasión se ha asociado con los síntomas severos del trastorno de estrés post traumático (TEPT). Como se sabe, el diagnóstico comprende la evitación persistente de estímulos relacionados a un trauma específico, es una forma de evitación experiencial. Se ha hallado que la EE puede mantener los síntomas del TEPT a lo largo del tiempo; además, existe una relación inversa y estadísticamente significativa entre los síntomas evitativos y la autocompasión, esto significa que, a mayor apertura hacia los pensamientos o emociones dolorosas, existirá una menor necesidad de evitarlos (Thompson & Waltz, 2008). Si bien tomar una posición autocompasiva disminuye la evitación, el contacto con el dolor no es una experiencia fácilmente tolerable para todas las personas; de hecho, puede presentarse un miedo intenso a ser autocompasivos. En este sentido, el miedo a la autocompasión puede aumentar el sufrimiento postraumático, Miron et al. (2015) lo resumen en tres conclusiones: i) la inflexibilidad psicológica (evitación experiencial) modera la relación entre el miedo a la autocompasión y el TEPT, ii) existe una asociación positiva y estadísticamente significativa entre el miedo a la autocompasión y el TEPT en los participantes que presentaron mayores niveles de inflexibilidad psicológica, iii) disminuir el miedo a la autocompasión es un objetivo de tratamiento terapéutico, de manera que la autocompasión es una meta que se debe incluir en el contexto de la recuperación de un patrón evitativo.

La evitación experiencial y la autocompasión han sido investigadas como variables predictoras de distrés psicológico y calidad de vida. De acuerdo con el estudio de Gillanders et al. (2015), la autocompasión predice una mejor calidad de vida ($r = .39$, $p < .01$) y un menor distrés psicológico ($r = -.41$, $p < .01$). La evitación experiencial predice una menor calidad de vida ($r = -.28$, $p = .012$) y un mayor distrés psicológico ($r = .59$, $p < .01$). Además, los autores analizaron la relación de ambas variables y encontraron una asociación estadísticamente significativa, negativa y fuerte entre la AC y la EE ($r = -.43$, $p < .01$). Un resultado similar también ha sido reportado en la

investigación de Marshall y Brockman (2016) donde se correlacionó la autocompasión y la evitación experiencial ($r = -.57, p < .001$).

Duarte y Pinto-Gouveia (2017) investigaron la atención plena, autocompasión e inflexibilidad psicológica como variables mediadoras de los efectos de una intervención basada en atención plena. Se halló lo siguiente: i) los cambios en la atención plena median el agotamiento, ansiedad y estrés, ii) la autocompasión cumple un rol mediador entre el impacto de la intervención mindfulness y el agotamiento, depresión, ansiedad, estrés y satisfacción con la vida, iii) la inflexibilidad psicológica reduce cuando se aplica una intervención basada en atención plena. Los hallazgos resaltan la importancia de la atención plena y la autocompasión como factores que ayudan a disminuir la evitación experiencial y las consecuencias que esta provoca en el bienestar de las personas.

Bakker et al. (2018) desarrollaron un estudio con un modelo mediador para analizar como la autocompasión puede ser un elemento protector en la recurrencia de los síntomas depresivos a través de cuatro estrategias de regulación emocional asociadas a la depresión: rumiación melancólica, evitación experiencial, reevaluación cognitiva y aceptación. Los resultados mostraron que la autocompasión se asoció de manera moderada y negativa con los síntomas de la depresión ($r = -.57, p < .001$). Además, la evitación experiencial cumple el rol de variable mediadora entre la autocompasión y la depresión ($r = -.40, p < .001$).

De la misma manera, Yela et al. (2020) observaron el rol mediador de la autocompasión y evitación experiencial entre la meditación y la salud mental. Los hallazgos mostraron que a mayores niveles de autocompasión habrá una menor evitación experiencial ($r = -.80, p < .001$) y los participantes que mostraron una evitación experiencial más baja presentaron niveles más altos de salud mental ($r = .69, p < .001$), lo cual indica que la evitación experiencial es una variable mediadora entre AC y salud mental.

En síntesis, de acuerdo con el modelo teórico que plantea la terapia de aceptación y compromiso, se propone que el sufrimiento es generado por un patrón de evitación experiencial (Luciano, 2016). Si la evitación perdura en el tiempo, lo más probable es que la persona no podrá solucionar el problema y a largo plazo aumentará la inflexibilidad conductual (Centeno et al., 2020). Como consecuencia, la terapia propone el empleo de diferentes estrategias para que el paciente pueda relacionarse con los eventos privados de

una manera adaptativa. Entre las estrategias que se emplean, la autocompasión es aquella habilidad para conectarse con esos eventos dolorosos y poder observarlos sin tender a la autocrítica, al aislamiento y a identificarse obsesivamente con el sufrimiento (Tirch et al., 2014; Zessin et al., 2015). Las personas que son autocompasivas pasan por un proceso natural de regulación emocional y logran obtener beneficios sobre la propia salud; enfrentan con valor y amabilidad los estímulos aversivos que le propone el contexto. Finalmente, se esboza una clara relación entre la autocompasión y la evitación experiencial. Parecen ser naturalmente opuestas. En la autocompasión, las personas se acercan al evento que causa sufrimiento, mientras que, en la evitación experiencial, lo evaden. Asimismo, se espera que, si una persona utiliza la autocompasión, la comprensión y manejo de las propias emociones va a ser más flexible que cuando se use una respuesta basada en la evitación.



CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo general

- Analizar la relación entre la *autocompasión* y la *evitación experiencial* en adultos jóvenes.

3.1.2 Objetivos específicos

- Describir la relación entre los componentes positivos (*auto-amabilidad, humanidad compartida, conciencia plena*) de la autocompasión y la evitación experiencial.
- Describir la relación entre los componentes negativos (*auto-juicio, aislamiento, identificación excesiva*) de la autocompasión y la evitación experiencial

3.2 Hipótesis

3.2.1 Hipótesis general

De acuerdo con las investigaciones previas se sugiere la existencia de una relación negativa entre la evitación experiencial y la autocompasión (Thompson & Waltz, 2008; Miron et al., 2015; Gillanders et al., 2015; Marshall & Brockman, 2016; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Asimismo, se plantea la siguiente hipótesis general:

- Existe una relación negativa entre la *autocompasión* y la *evitación experiencial* en los adultos jóvenes.

3.2.2 Hipótesis específicas

De los objetivos específicos de la investigación se desprenden las respectivas hipótesis específicas:

- Existe una relación negativa entre los componentes *auto-amabilidad*, *humanidad compartida*, *conciencia plena* de la autocompasión y la evitación experiencial.
- Existe una relación positiva entre los componentes *auto-juicio*, *aislamiento*, *identificación excesiva* de la autocompasión y la evitación experiencial.

3.3 Definición de variables

3.3.1 Autocompasión

Conceptualmente, la autocompasión se define como una respuesta ante el sufrimiento que implica asumir una actitud amable hacia sí mismo con el auténtico deseo de aliviar la propia angustia (Pommier et al., 2019). En la presente investigación, se medirá el constructo a través de los puntajes obtenidos mediante los ítems de la versión en español (García-Campayo et al., 2014) de la Escala de Autocompasión (SCS) de Neff (2003b) que mide: 1) auto-amabilidad, 2) humanidad compartida, 3) conciencia plena, 4) auto-juicio 5) aislamiento y 6) identificación excesiva (o sobre-identificación). En este estudio la AC es una variable de intervalo.

3.3.2 Evitación experiencial

Se define la evitación experiencial como una estrategia reguladora inflexible que se caracteriza por esfuerzos realizados para evitar pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales desagradables; se asocia con una menor calidad de vida y menor bienestar psicológico (Machell et al., 2015). Asimismo, la evitación experiencial se medirá a través de los ítems de la versión adaptada en Perú (Martínez, 2018) de la Escala de Aceptación y acción II (AAQ-II) de Bond et al. (2011). En este estudio, la EE es considerada una variable de intervalo.

CAPÍTULO IV: MÉTODO

4.1 Tipo y diseño de investigación

El estudio realizado es de tipo no experimental debido a que no existe manipulación intencional de las variables investigadas y se observan los fenómenos tal como se han dado en un contexto natural para luego analizarlos (Christensen et al., 2015). Es decir, en ningún momento se ha efectuado un control directo sobre la autocompasión o evitación experiencial. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) la investigación emplea un diseño transversal debido a que la recolección de datos se ha realizado en un momento único; asimismo, la SCS y el AAQ-II se han aplicado solo en un lapso de tiempo determinado. Finalmente, el estudio posee un alcance correlacional, la investigación apunta a conocer el grado de asociación que existe entre dos variables medidas en una muestra específica: autocompasión y evitación experiencial en adultos jóvenes; dicho alcance presenta un valor predictivo porque permite una explicación sobre el comportamiento de ambas variables de estudio (Ato et al., 2013; Triola, 2018).

4.2 Participantes

La población de este estudio estuvo constituida por adultos jóvenes que residen en Lima Metropolitana con edades comprendidas entre 20 y 30 años, rango de edad característico de esta etapa de desarrollo humano (Kail & Cavanaugh, 2015). El Instituto Nacional de Estadística (2016) estima que la población total de adultos jóvenes asciende al 21.2% de todos los peruanos. Los requisitos de exclusividad para completar las escalas fueron: i) residir en Lima Metropolitana y ii) tener secundaria completa como mínimo grado académico para poder entender los ítems sin mayores dificultades. En cuanto al cálculo del tamaño de la muestra, se realizó un análisis de potencia a priori con el programa G*Power (Faul et al., 2007) con el fin de poner a prueba una hipótesis bivariada a una cola a un nivel de significancia de .05 (α) y una potencia estadística ($1-\beta$) de .90. De la misma manera, se estimó el tamaño del efecto tomando en cuenta la recomendación de Ferguson (2009) de una asociación mínima de .20. Según el análisis se propuso llegar a la cantidad mínima de 211 personas.

La muestra ha sido elegida a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. No es probabilístico porque no todos los integrantes de la población tuvieron la misma oportunidad de ser parte de la investigación y por conveniencia ya que se seleccionó una muestra de la población que está fácilmente accesible, de modo que la participación de los voluntarios se dio después de haber realizado una convocatoria a través de distintas redes sociales (Christensen et al., 2015).

De acuerdo con las características sociodemográficas de los participantes, la muestra estuvo conformada por 243 personas (143 mujeres, 100 hombres). Las edades oscilaron entre los 20 y 30 años ($M = 23.2$; $DE = 2.54$). En cuanto al nivel educativo, el 63% estuvo compuesto por personas que se encontraban en la enseñanza superior incompleta y el 26.3% terminó los estudios superiores, la minoría se conformó por personas que culminaron estudios de posgrado (5.8%) y personas con secundaria completa (4.9%). Respecto al estado civil, el 97.5% de personas que han respondido estaban solteras y lo restante estuvo conformado por personas casadas.

4.3 Técnicas de recolección de datos

4.3.1 Ficha de datos sociodemográficos

En cuanto a la ficha de datos sociodemográficos, se tomó en cuenta información relacionada al sexo, edad y grado académico. Un requisito necesario fue que la muestra tenga un grado académico de secundaria completa con el fin de que comprenda adecuadamente el significado de las palabras utilizadas en los ítems. No se pidieron los nombres y apellidos con el fin de conservar la identidad de las personas y su estado anónimo respectivo.

4.3.2 Escala de autocompasión

La Escala de Autocompasión (Self-Compassion Scale o SCS) ha sido desarrollada por Kristin Neff (2003b) y traducida al español por García-Campayo et al. (2014). La validación para su uso con adultos jóvenes de Lima ha sido realizada por Pastorelli y Gargurevich (2018).

El propósito de la Escala de Autocompasión es medir la apertura hacia el propio sufrimiento, experimentando sentimientos de amabilidad hacia sí mismo a través de una postura que no adopta juicios negativos, motivada para actuar frente al dolor (Neff, 2003b). De acuerdo con la autora, la autocompasión es entendida como un constructo multifactorial que se divide en tres dimensiones principales (positivas) con sus respectivas partes antónimas (negativas). La escala presenta 26 ítems, los cuales se encuentran repartidos en 6 subescalas contrapuestas (*auto-amabilidad* versus *auto-juicio*, *humanidad compartida* versus *aislamiento* y *conciencia plena* versus *identificación excesiva*). En cuanto al formato de respuesta, este consiste en una Escala Likert de frecuencia en la que la puntuación mínima (1) equivale a *casi nunca* y la puntuación máxima (5) a *casi siempre*. Finalmente, el nivel de medición es de intervalo, ya que se tienen que sumar las puntuaciones de las subescalas para obtener un puntaje total en el cual no existe un cero absoluto.

En cuanto a las evidencias de validez relacionadas con la estructura interna, para el instrumento original se utilizó una muestra compuesta por estudiantes universitarios de pregrado ($n = 391$; 225 mujeres, 166 hombres), se obtuvieron diversos modelos de estructura a través del análisis factorial exploratorio (AFE), finalmente, a través de un análisis factorial confirmatorio (AFC) se estableció que la estructura más adecuada es la de 6 factores ($p < .001$; NNFI = 0.90; CFI = 0.91) (Neff, 2003b). En el contexto peruano, Pastorelli y Gargurevich (2018) con datos obtenidos en una muestra de 315 estudiantes universitarios de medicina (181 mujeres, 134 hombres). Llevaron a cabo un AFC. Los resultados confirmaron que el modelo de seis factores correlacionados entre sí contó con los mejores índices de ajuste en comparación con las otras estructuras ($p < .001$; RMSEA = 0.73; SRMR = .073; CFI = .94; AIC = 895.08).

De acuerdo con las evidencias discriminantes de validez, originalmente Neff (2003b) calculó la correlación entre la autocompasión a través de la SCS y el narcisismo a través del Inventario de Personalidad Narcisista (NPI): se encontró que la SCS tenía una correlación negativa no significativa con el narcisismo ($r = -.08$, $p < .23$). En la adaptación en el contexto peruano, Pastorelli y Gargurevich (2018) hallaron que la subescala de *auto-amabilidad* y de *conciencia plena* correlacionaron negativamente con la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (auto-amabilidad: $r = -.35$, $p < .001$; conciencia plena: $r = -.31$, $p < .001$). También se empleó la Escala de

Afecto Positivo (AP) y Negativo (AN) versión en español (SPANAS). Se utilizó la subescala de AN y se estableció que, a mayor auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación incrementa el afecto negativo (auto-juicio = .37, $p < .001$; aislamiento = .41, $p < .001$; sobre-identificación = .45, $p < .001$) (Pastorelli y Gargurevich, 2018).

Además, Pastorelli y Gargurevich (2018) proporcionaron evidencias convergentes de validez a través de la Escala de Afecto Positivo. Se utilizó la subescala de AP y se estableció que, a mayores niveles de *auto-amabilidad*, *humanidad compartida* y *conciencia plena*, se incrementa el afecto positivo de las personas (auto-amabilidad: $r = .38$, $p < .001$; humanidad compartida: $r = .14$, $p < .01$; conciencia plena: $r = .32$, $p < .001$).

Finalmente, en relación con las evidencias de confiabilidad, originalmente Neff (2003b), aplicó el método test-retest, mediante el cual se obtuvieron los siguientes coeficientes de estabilidad: puntaje general de .93, subescala de *auto-amabilidad* con .88, subescala de *humanidad compartida* con .80, subescala de *atención plena* con .85, subescala de *aislamiento* con .85, subescala de *sobre-identificación* con .88 y subescala de *auto-juicio* con .88. En el contexto peruano, Pastorelli y Gargurevich (2018) proporcionan el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .78 para *auto-amabilidad*, .66 para *humanidad compartida*, .67 para *conciencia plena*, .73 para *auto-juicio*, .78 para *aislamiento*, y .70 para *sobre-identificación*.

4.3.3 Escala de Aceptación y Acción II

La Escala de Aceptación y Acción II (AAQ-II), ha sido desarrollada por Bond et al. (2011) y adaptada por Martínez (2018). En la investigación de los autores, la población estuvo constituida por estudiantes universitarios, de los cuales 1430 estudiantes universitarios fueron de una universidad nacional y 1869 estudiantes de una universidad privada.

La escala tiene como finalidad medir la evitación experiencial o inflexibilidad psicológica de una persona. Está compuesta por 7 ítems, que obedecen a una estructura unifactorial de una dimensión. El formato de respuesta que se utiliza es una Escala Likert de frecuencia en la que la puntuación mínima (1) equivale a *nunca verdadero* y la puntuación máxima (7) a *siempre verdadero*. El nivel de medición de la variable es de

intervalo ya que se tienen que sumar los puntajes de cada ítem para obtener uno total en el cual no se toma en cuenta la existencia de un cero absoluto.

De acuerdo con las evidencias de validez relacionada a la estructura interna, originalmente, Bond et al. (2011) utilizaron tres muestras: 1) 433 universitarios de pregrado (68% mujeres, 32% hombres); 2) 290 pacientes que buscaban tratamiento psicológico ambulatorio por abuso de sustancias en un hospital (43% mujeres, 57% hombres); 3) 583 empleados de un banco (58% mujeres, 42% hombres). Después de realizar diferentes estudios se obtuvieron los siguientes índices de bondad de ajuste para cada muestra: a) muestra 1 con RMSEA = .06, SRMR = .04, CFI = .96; b) muestra 2 con RMSEA = .04, SRMR = .03, CFI = .99; c) muestra 3 con RMSEA = .05, SRMR = .04, CFI = .98. Finalmente, se indicó utilizar el modelo que tiene 7 ítems, el cual tiene un mejor índice de ajuste. En el contexto peruano, Martínez (2018) ha utilizado una muestra de 700 estudiantes universitarios (350 hombres, 350 mujeres) y realizado un AFC. Ha comparado 4 diferentes modelos unidimensionales, de los cuales también se ha quedado con el de 7 ítems presentando los siguientes índices de ajuste: SRMR = $\leq .08$, CFI = $\geq .95$ y el AIC menor.

En cuanto las evidencias de validez relacionadas al contenido, Martínez (2018), sometió los ítems a criterio de expertos tomando en cuenta a 10 psicólogos especialistas en la terapia cognitivo-conductual. Los coeficientes de validez de cada ítem se encontraron dentro del rango aceptable para pruebas psicológicas ($V > .80$).

Con respecto a las evidencias convergentes de validez, se obtuvieron correlaciones significativas con el Inventario de Depresión de Beck ($r = .70$; $p < .01$) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Ansiedad estado: $r = .67$, $p < .01$; Ansiedad-rasgo: $r = .79$, $p < .01$).

Finalmente, en cuanto a las evidencias de confiabilidad por consistencia interna, Bond et al. (2011) reportaron un coeficiente alfa de Cronbach .84 y un coeficiente de estabilidad (test-retest) de .79. En el contexto peruano, Martínez (2018) obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach de .88 y un índice de Omega de .87.

4.4 Procedimiento de recolección de datos

En primer lugar, se reclutaron los adultos jóvenes de Lima Metropolitana a través de las redes sociales disponibles, en las que se publicó un enlace y los requisitos sociodemográficos para ser voluntario del presente estudio. Una vez realizado el contacto con las personas, éstas procedieron a resolver las escalas a través de un formato virtual. La primera pestaña del link se mostró con el consentimiento informado (Anexo 1), en el que se hizo una presentación del investigador, de los objetivos y características del estudio. La segunda pestaña estuvo conformada por la ficha de datos sociodemográficos, una página en la que se tuvo que insertar información personal (Anexo 2). Finalmente, en las últimas dos pestañas se presentaron los instrumentos empleados para la medición de las variables de estudio. En los anexos 3 y 4 se presentan los permisos de uso de las escalas. Neff (2003b) otorga el libre uso de la Escala de Autocompasión para fines de investigación (<https://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>). De la misma manera, Bond et al. (2011) permiten el libre uso de la Escala de Aceptación y Acción II (<https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft11921-000>) para fines educativos y de investigación; el uso de la adaptación peruana ha sido permitido por R. Martínez Munive (comunicación personal, 17 de julio de 2020).

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Estadísticos descriptivos

Los datos obtenidos han sido organizados en una base de datos y analizados posteriormente a través del programa estadístico Jamovi en su versión 1.2.27 (<https://www.jamovi.org/>). Después de la codificación y recodificación de ítems, se ejecutó una exploración de los datos para luego realizar los análisis descriptivos sobre la autocompasión y evitación experiencial. Se empleó la media como medida de tendencia central (Triola, 2018) y como medida de dispersión se seleccionó la desviación estándar con el fin de observar la variabilidad de las respuestas (Coolican, 2014). Posteriormente, se realizó la prueba de normalidad a través de Shapiro-Wilk ya que es considerada una de las más consolidadas y con más potencia estadística en la actualidad (Razali & Wah, 2011).

Tabla 5.1

Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad de los Puntajes Totales de la Escala de Autocompasión (SCS) y Escala de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

Escalas	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>W</i>
SCS	80.4	19	.99(.287)
Auto-amabilidad	16.3	4.7	.98***
Humanidad compartida	13.1	3.6	.98(.003)
Conciencia plena	14	3.4	.99***
Auto-juicio	15.9	4.8	.98***
Aislamiento	12.1	4.2	.97***
Sobre-identificación	12.9	3.9	.97***
AAQ-II	25.2	11	.97***

Nota. El valor exacto de la probabilidad está presentado entre paréntesis.

*** $p < .001$

La prueba Shapiro-Wilk ha demostrado que solo el puntaje total de la autocompasión (SCS) cumple con el supuesto de normalidad. Las distribuciones de los datos de las otras escalas no se asemejan a la curva normal.

5.2 Prueba de hipótesis

En coherencia con los resultados de la prueba de normalidad realizada anteriormente (ver Tabla 5.1), se seleccionó el coeficiente rho de Spearman para describir la relación entre las variables de estudio debido a que las distribuciones de las puntuaciones no cumplen con el supuesto de normalidad (Coolican, 2014; Triola, 2018). Finalmente, se pusieron a prueba hipótesis de correlación bivariada a una cola y se reportó el coeficiente de correlación y significancia estadística de cada asociación observada.

Tabla 5.2

Correlaciones entre Puntaje Total y Dimensiones de la Autocompasión y la Evitación Experiencial

Escalas	Evitación experiencial (AAQ-II)	(1-β)	r ²
Autocompasión (SCS)	-.77***	1	.59
Auto-amabilidad	-.54***	1	.29
Humanidad compartida	-.24***	.76	.06
Conciencia plena	-.48***	1	.23
Auto-juicio	.70***	1	.49
Aislamiento	.73***	1	.53
Sobre-identificación	.74***	1	.55

Nota. Se utilizó el coeficiente de correlación rho de Spearman.

*** p < .001.

Todas las relaciones que se han examinado son estadísticamente significativas y el tamaño del efecto (r²) de cada una ha sido interpretado de acuerdo a las recomendaciones de Ferguson (2009); asimismo, la fuerza de la asociación entre las variables ha superado el mínimo tamaño del efecto (.04) para que sea considerada significativa a nivel práctico. Los resultados muestran una asociación negativa y fuerte

entre la autocompasión (AC) y la evitación experiencial (EE). Todas las dimensiones positivas de la autocompasión se relacionan negativamente con la evitación experiencial. La *auto-amabilidad* y *conciencia plena* mantienen una fuerza de asociación mediana, mientras que la correlación con la *humanidad compartida* presenta una fuerza pequeña. Además, todas las dimensiones negativas de la autocompasión se relacionan de manera positiva y fuerte con la evitación experiencial, también han sido las correlaciones más fuertes que se han encontrado en el análisis estadístico. Finalmente, se realizaron análisis post hoc a través del programa G*Power (Faul et al., 2007) para observar la potencia estadística lograda en cada relación. En todas las correlaciones se alcanzó una potencia elevada menos en la asociación entre humanidad compartida y evitación experiencial.

5.3 Análisis complementarios

Se llevaron a cabo otros análisis con el objetivo de obtener datos sobre las diferencias entre sexos. En primer lugar, se realizó una prueba de normalidad, esto permitió observar las distribuciones de la data para escoger posteriormente entre pruebas paramétricas y no paramétricas.

Tabla 5.3

Prueba de Normalidad para las Comparaciones por Sexo

Escalas	Grupo	W	p
Autocompasión (SCS)	Hombre	.97	.026
	Mujer	.99	.244
Auto-amabilidad	Hombre	.98	.161
	Mujer	.97	.008
Humanidad compartida	Hombre	.98	.179
	Mujer	.98	.017
Conciencia plena	Hombre	.97	.011
	Mujer	.98	.025
Auto-juicio	Hombre	.96	.004
	Mujer	.98	.009
Aislamiento	Hombre	.97	.025
	Mujer	.97	.003
Sobre-identificación	Hombre	.97	.036
	Mujer	.96	< .001

Evitación experiencial (AAQ-II)	Hombre	.96	.002
	Mujer	.97	< .001

La prueba Shapiro-Wilk indica que las puntuaciones que cumplen con el criterio de normalidad son las de autocompasión (solo mujeres), auto-amabilidad (solo hombres) y humanidad compartida (solo hombres). Finalmente, las demás no se asemejan a una distribución normal, razón por la cual se tiene que seleccionar una prueba no paramétrica para observar el comportamiento de las variables.

Se escogió la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para analizar los datos, ya que es la que más se ajusta a los resultados obtenidos en la prueba de normalidad realizada anteriormente (ver Tabla 5.3). Esta considera como hipótesis nula que las distribuciones de dos variables aleatorias son iguales y emplea las medianas para la interpretación de los resultados (Perme & Manevski, 2018). Además, es la prueba más aplicada, dentro de las distribuciones no paramétricas, toma la mayor cantidad de información que tienen los datos, por lo que es eficiente cuando se seleccionan dos conjuntos aleatorios e independientes, de tal manera que puedan ser ordenados por rangos (Martínez, 2019). La misma prueba arroja el coeficiente de correlación biserial, éste se utiliza cuando se desea conocer el tamaño del efecto existente entre dos variables, de las cuales una ha sido considerada como escala de intervalos (autocompasión y evitación experiencial) y la otra resulta ser una variable dicotómica o dicotomizada, como el sexo (Glass, 1966).

Tabla 5.4

Prueba U de Mann-Whitney, Probabilidad y Coeficiente de Correlación Biserial

Escalas	U	p	r_b
Autocompasión (SCS)	5475	.002	.23
Auto-amabilidad	6003	.033	.16
Humanidad compartida	7018	.807	.02
Conciencia plena	5935	.024	.17

Auto-juicio	5871	.017	.18
Aislamiento	5506	.002	.23
Sobre-identificación	4997	< .001	.30
Evitación Experiencial (AAQ-II)	5968	.028	.17

La prueba indica que en todas las escalas existen diferencias estadísticamente significativas en base al sexo menos en la de Humanidad compartida. Se procedió con los análisis descriptivos para observar de manera más detallada como difiere el comportamiento de las variables según el sexo de los participantes.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (ver Tabla 5.4), se analizaron los estadísticos descriptivos de las comparaciones por sexo para luego observar las diferencias específicas por escala.

Tabla 5.5

Estadísticos Descriptivos de las Comparaciones por Sexo (Hombres N=100, Mujeres N=143)

Escalas	Grupo	<i>M</i>	<i>M_e</i>	<i>DE</i>
Autocompasión (SCS)	Hombre	85.0	83.0	16.94
	Mujer	77.3	74.0	19.77
Auto-amabilidad	Hombre	17.1	17.0	4.19
	Mujer	15.7	16.0	4.96
Humanidad compartida	Hombre	13.2	13.0	3.17
	Mujer	13.0	13.0	3.88
Conciencia plena	Hombre	14.5	14.0	3.49
	Mujer	13.6	13.0	3.32
Auto-juicio	Hombre	15.0	15.5	4.57
	Mujer	16.6	17.0	4.88
Aislamiento	Hombre	11.1	11.0	4.16
	Mujer	12.7	13.0	4.03
Sobre-identificación	Hombre	11.7	12.0	3.71
	Mujer	13.8	14.0	3.93

Evitación experiencial (AAQ-II)	Hombre	23.4	23.0	10.60
	Mujer	26.5	26.0	11.10

Las mujeres tienden a presentar puntajes más altos en *evitación experiencial* y los hombres puntúan más alto en *autocompasión*. Además, los hombres muestran puntajes más altos en *auto-amabilidad* que las mujeres. En cuanto a la humanidad compartida, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. Los hombres suelen tener puntuaciones más altas en *conciencia plena*. Finalmente, las mujeres tienden a presentar puntajes más altos en *auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación*.



CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

El objetivo principal de la investigación fue analizar la relación entre autocompasión (AC) y la evitación experiencial (EE) en adultos jóvenes. Además, se examinó la asociación entre las dimensiones de la autocompasión y la evitación experiencial. Las hipótesis que se formularon fueron las siguientes: i) existe una relación negativa entre la AC y EE; ii) existe una relación negativa entre los componentes *auto-amabilidad*, *conciencia plena* y *humanidad compartida* de la AC y la EE; iii) existe una relación positiva entre los componentes *auto-juicio*, *aislamiento* y *sobre-identificación* de la AC y la EE.

De acuerdo a los resultados, la autocompasión se relaciona fuertemente y negativamente con la evitación experiencial. Esto significa que las personas con más autocompasión se conectan mejor con el propio sufrimiento y lo reciben con apertura con el fin de calmarlo en vez de evitarlo constantemente (Souza & Hutz, 2016; Araya & Moncada, 2016, Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Pommier et. al, 2019). Del mismo modo, las personas que tienden a evitar los pensamientos, sensaciones y emociones dolorosas suelen ser menos conscientes sobre ellos y menos comprensivas con sí mismas (Neff, 2016; Revenga et al., 2018; Vázquez-Morejón et al., 2019). La evitación experiencial consiste en evadir vivencias que para uno mismo son dolorosas y causan sufrimiento, es una estrategia que a largo plazo puede sostener o empeorar los síntomas de la persona (Revenga et al., 2018), de hecho, hemos observado en los resultados como este constructo presenta una asociación fuerte y positiva con las dimensiones negativas de la autocompasión (*auto-juicio*, *aislamiento* y *sobre-identificación*). Frente a esto, la autocompasión es una herramienta que ayuda a disminuir la evitación experiencial: los resultados han demostrado que la *amabilidad*, *humanidad compartida* y *conciencia plena* se relacionan de manera inversa con la EE, razón por la cual entrenarse en las áreas positivas de la autocompasión y aplicar esos conocimientos significa comprender el dolor de manera adaptativa en vez de exacerbarlo. Por lo tanto, en el ámbito psicoterapéutico se proporciona apoyo empírico para el uso de técnicas basadas en autocompasión del modelo teórico de Neff (2016).

Por más que en la actualidad no se encontró un importante número de evidencias sobre esta línea de investigación, Thompson y Waltz, (2008) respaldan los hallazgos de este estudio, ellos sugirieron en un principio que existe una relación inversa y estadísticamente significativa entre los síntomas evitativos del trastorno de estrés post traumático y la autocompasión. Los resultados de Duarte y Pinto-Gouveia (2017) también son coherentes con lo que se ha hallado en esta investigación: la autocompasión es un factor que ayuda a disminuir la evitación experiencial. También se hallaron resultados similares a la investigación de Yela et al. (2020), mientras más altos niveles de autocompasión presente una persona habrá una menor evitación experiencial, la cual se relaciona negativamente con la salud mental. Es decir, practicar la autocompasión se categoriza como un factor protector para el ser humano, lo cual también se ha demostrado en la investigación de Bakker et al. (2018).

Por otro lado, la auto-amabilidad, humanidad compartida y conciencia plena se relacionan negativamente con la evitación experiencial. Las personas que: i) presentan un trato agradable y afectivo hacia sí mismas, ii) integran las experiencias de la vida y iii) logran un equilibrio en cuanto a las propias emociones, son seres humanos que aceptarán y comprenderán mejor las vivencias dolorosas (Neff, 2003b; Neff, 2008). En cuanto a la *auto-amabilidad*, realizar actos de bondad, paciencia y tolerancia hacia sí mismo son hitos clave para cultivar una buena autoestima, tener un diálogo interno adaptativo y mantener un mejor nivel de bienestar subjetivo (Dreisoerner et al., 2020). La *humanidad compartida*, es un elemento que propicia a tratarse con respeto y dignidad en virtud de comprender que todos los seres humanos cometemos errores y somos imperfectos por naturaleza, esto promueve la autocompasión y es un factor predictor de la felicidad y bienestar (Campos et al., 2016; Ling et al., 2020). La *conciencia plena*, es un elemento importante para focalizar la atención hacia la propia experiencia en el momento presente sin emitir juicios críticos, entrenarse en esta habilidad conlleva a una reducción del estrés y de los síntomas evitativos que se pueden hallar en diferentes trastornos como los basados en ansiedad, depresión, alimentación, uso de sustancias y otras afecciones médicas (Coronado-Montoya et al., 2016; Cheung et al., 2020).

En cambio, el auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación se relacionan fuertemente y positivamente con la evitación experiencial. Este resultado explica que las personas que: i) se juzgan de manera severa, ii) no integran las experiencias de la vida y

iii) se fusionan altamente con los propios pensamientos (p.e. rumiaciones), son seres humanos que tenderán a evitar eventos internos/externos desagradables, lo cual se asocia con una menor calidad de vida y menor bienestar psicológico (Machell et al., 2015; Zuroff et al., 2021). En cuanto al *auto-juicio*, es un elemento que se relaciona con los comportamientos evitativos de los trastornos de ansiedad, depresión, alimentación, uso de sustancias, trastorno de estrés post traumático, trastorno límite de la personalidad, tendencias suicidas, y menor bienestar subjetivo; las personas que presentan puntajes altos en esta área suelen experimentar sentimientos de culpa, pensamientos de insuficiencia y una tendencia a preocuparse por el propio fracaso (Warren et al., 2016; Zuroff et al., 2021). El *aislamiento* se experimenta como soledad frente a situaciones aversivas, altos niveles en esta área pueden explicar las conductas evitativas que aparecen en los trastornos de ansiedad y depresivos, también correlaciona con una menor calidad de vida social (Dunne et al., 2016; Benzo et al., 2017; Phillips, 2019). La *identificación excesiva* se relaciona con las rumiaciones, las cuales son una estrategia basada en la evitación experiencial puestas en acto con el fin de distanciarse de un evento privado doloroso mediante un alejamiento cognitivo; las personas que presentan puntajes altos en esta zona tienen más probabilidades de desarrollar altos niveles de estrés, trastornos depresivos, de ansiedad, alimenticios y de abuso de sustancias (Nolen-Hoeksema, 2000; Rawal et al. 2010).

Se proporcionó un análisis estadístico complementario en el que se compararon los puntajes totales según el sexo de las personas. Las mujeres tienden a evitar más las experiencias dolorosas y los hombres demuestran ser más compasivos consigo mismos frente a las vivencias que implican sufrimiento. Además, los hombres suelen ser más amables y afectivos con sí mismos que las mujeres. En cuanto a la capacidad de integrar las experiencias de la vida, no se presentaron diferencias significativas entre ambos sexos. Los hombres suelen tener mejor conciencia y equilibrio sobre las propias emociones y pensamientos. Finalmente, las mujeres tienden a presentar puntajes más altos en auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación, lo que significa que tienden a juzgarse más, integrar menos las experiencias de la vida e identificarse con las vivencias dolorosas (pensamientos, emociones, etc.).

El estudio no está exento de limitaciones, el diseño no experimental no permitió establecer causalidad entre las variables de estudio porque el alcance es correlacional, en

el cual no existe antecedencia temporal por una de las dos variables y tampoco ausencia de variables externas que puedan interferir en la relación (Triola, 2018). En cuanto a la validez externa, los resultados se podrán extrapolar y generalizar solo a la población de adultos jóvenes de Lima Metropolitana, el hecho de hacer inferencias sobre otras poblaciones puede conducir a un error.

En la actualidad no hay estudios previos que hayan tenido como objetivo principal relacionar ambos constructos y detallar las relaciones entre las subdimensiones de la autocompasión y la evitación experiencial. El principal aporte de esta investigación consta en un acercamiento entre dos teorías distintas, la autocompasión favorece el proceso de aceptación (Araya & Moncada, 2016). Entre la Terapia de Aceptación y Compromiso y el modelo de Autocompasión se contemplan diversos elementos que se encuentran relacionados entre sí, parece que en la práctica terapéutica se estén trabajando procesos similares. Asimismo, los comportamientos que se pueden categorizar bajo las dimensiones negativas de la AC (*auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación*) son formas de evitación experiencial. Los comportamientos que se categorizan bajo las dimensiones positivas de la AC (*auto-amabilidad, humanidad compartida y conciencia plena*) se asemejan a en las estrategias que se emplean en el tratamiento de ACT: 1) acercarse de manera consciente a las experiencias internas/externas sin cambiar la frecuencia/forma, 2) se busca mantener distancia psicológica de las experiencias en lugar de tomarlas literalmente o suprimirlas, 3) ser consciente de lo que sucede en el presente sin realizar juicios, 4) desapegarse de las experiencias (Pakenham, 2015; Twohig et al., 2019). Se puede inferir que ambas aproximaciones son compatibles para el tratamiento de una aflicción porque trabajan la exposición frente al dolor, además, la autocompasión es un proceso clave que se debe incluir en la recuperación de un patrón evitativo (Miron et al., 2015).

CONCLUSIONES

- Existe una relación estadísticamente significativa entre autocompasión y evitación experiencial. Además, es una asociación fuerte y negativa. Esto indica que a mayores niveles de autocompasión presente una persona, menos va a evitar las experiencias dolorosas en su vida.
- Se observó una relación estadísticamente significativa y negativa entre las dimensiones positivas de la autocompasión (*auto-amabilidad, humanidad compartida, conciencia plena*) y la evitación experiencial. Esto significa que las personas que i) se tratan de manera afectiva/agradable, ii) integran las experiencias de la vida y iii) se centran en el momento presente logrando un equilibrio emocional serán capaces de aceptar y comprender mejor las vivencias dolorosas.
- Se ha evidenciado una relación fuerte y positiva entre las dimensiones negativas de la autocompasión (*auto-juicio, aislamiento, sobre-identificación*) y la evitación experiencial. Este resultado sugiere que las personas que i) se juzgan severamente, ii) no integran las experiencias de la vida y iii) se fusionan altamente con los propios pensamientos son individuos que serán propensos a evitar eventos internos/externos que causan sufrimiento, lo cual se asocia con una menor calidad de vida y menor bienestar psicológico a largo plazo.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo femenino y masculino. Las mujeres tienden a presentar más evitación experiencial, mientras que los hombres demuestran más compasión consigo mismos. Los varones presentan más auto-amabilidad y conciencia plena que las mujeres. Sobre humanidad compartida no se hallaron diferencias por sexo. Finalmente, las mujeres muestran más auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación.
- Existen semejanzas entre el paradigma de Aceptación y Compromiso y el de Autocompasión, a través de esta investigación se proporciona apoyo empírico sobre el uso de estrategias de autocompasión en el proceso de mejoría de un paciente. Ésta es una herramienta terapéutica que puede disminuir los niveles de evitación experiencial.

RECOMENDACIONES

- El sufrimiento es parte de la vida del ser humano, a veces no sabemos cómo lidiar con ello de una manera satisfactoria, es ahí donde recurrimos a evitarlo y a eludir el dolor subyacente. Se recomienda entrenar la autocompasión en el ámbito terapéutico y en la vida de uno mismo, ya que ésta tiene beneficios sobre la propia salud física y mental.
- En base a la limitación inherente al diseño de investigación elegido, no se pudo establecer causalidad entre las variables. Se recomienda llevar a cabo un estudio de diseño experimental mediante el cual se pueda poner a prueba la eficacia del uso de la autocompasión para reducir la EE o incluir la AC como posible variable mediadora y se aíslen variables que puedan interferir en el contexto de laboratorio.
- Se recomienda replicar este estudio en poblaciones clínicas y en otros grupos de edad que se encuentren en diferentes etapas del desarrollo humano con el fin de obtener un panorama amplio y comprender mejor la relación entre la autocompasión-evitación experiencial. Además, los hallazgos se podrían extrapolar a diferentes rangos de edades de una manera apropiada y legítima, debido a que los resultados de esta investigación solo son generalizables en jóvenes adultos de Lima Metropolitana.
- Los análisis complementarios sobre las comparaciones por sexo establecen una base para llevar a cabo futuras investigaciones; asimismo, se recomienda realizar investigaciones que tengan como objetivo central ahondar el vacío teórico relacionado a las diferencias que se han encontrado.

REFERENCIAS

- Araya, C., & Moncada, L. (2016). Auto-compasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946989008.pdf>
- Ato, M., López, J. & Benavente A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bakker, A., Cox, D., Hubley, A., & Owens, R. (2018). Emotion Regulation as a Mediator of Self-Compassion and Depressive Symptoms in Recurrent Depression. *Mindfulness*, 10(6), 1169-1180. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1072-3>
- Beaumont, E., Galpin, A. & Jenkins, P. (2012). Being kinder to myself: A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. *Counseling Psychology Review*, 27(1), 31-43. https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/Being_Kinder_to_Myself_Research_Paper_March_2012.pdf
- Benzo, R., Kirsch, J., & Nelson, C. (2017). Compassion, Mindfulness, and the Happiness of Healthcare Workers. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 13(3), 201–206. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2017.02.001>
- Biber, D., & Ellis, R. (2017). The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(14), 2060-2071. <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>
- Bluth, K., & Neff, K. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 17(6), 605-608. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1508494>
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., ... Zettle, R. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and

- Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brabender, V. & Fallon, A. (2019). Acceptance and commitment therapy-group. En V. Brabender y A. Fallon (Eds.), *Group psychotherapy in inpatient, partial hospital, and residential care settings* (pp. 259-294). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000113-007>
- Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 260, 45-52.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066>
- Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Bretón-López, J., Botella, C., Soler, J., ... Baños, R. M. (2016). Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation–happiness relationship. *Personality and Individual Differences*, 93, 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.040>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Castilho, P. (2019). Pain and depressive symptoms: exploring cognitive fusion and self-compassion in a moderated mediation model. *The Journal of Psychology*, 153(2), 173-186.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1507990>
- Centeno, C., Montalvo, A., López, V., Urdy, W., & Vásquez, K. (2020). Desregulación emocional, rumiación e ideación suicida en estudiantes que cursan estudios generales en una universidad pública de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 23(1), 5-22.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i1.18090>
- Cheung, R., Ke, Z., & Ng, M. (2020) Dispositional mindfulness and mental health in Chinese emerging adults: A multilevel model with emotion dysregulation as a mediator. *Plos One* 15(11), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239575>
- Christensen, L. Johnson, R., & Turner, L. (2015). *Research methods, design and analysis* (12.^a ed.). Pearson.

- Coletti, J., & Teti, G. (2015). Terapia de aceptación y compromiso (ACT): conductismo, mindfulness y valores. *Vertex*, 16(1), 37-42. https://www.researchgate.net/profile/German_Teti2/publication/281519233
- Contreras-Valdez, J., Hernández, L., & Freyre, M. (2018). Validez de constructo de la versión corta de la Escala de Desregulación Emocional para niños y adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 19–31. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.vcvc>
- Coolican, H. (2014). *Research methods and statistics in psychology* (6th ed.). Psychology Press.
- Coronado-Montoya, S., Levis, A., Kwakkenbos, L., Steele, R., Turner, E., & Thombs, B. D. (2016). Reporting of positive results in randomized controlled trials of mindfulness-based mental health interventions. *Plos One*, 11(4), e0153220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153220>
- Dewsaran-van der Ven, C., Van Broeckhuysen-Kloth, S., Thorsell, S., Scholten, R., DeGucht, V., & Geenen, R. (2018). Self-compassion in somatoform disorder. *Psychiatry Research*, 262, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.013>
- Døssing, M., Nilsson, K., Svejstrup, S., Sørensen, V., Straarup, K., & Hansen, T. (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 53-38. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.010>
- Dreisoerner, A., Junker, N., & Van Dick, R. (2020). The Relationship Among the Components of Self-compassion: A Pilot Study Using a Compassionate Writing Intervention to Enhance Self-kindness, Common Humanity, and Mindfulness. *Journal of Happiness Studies*, 22(1), 21-47. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00217-4>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.03.002>

- Dunne, S., Sheffield, D., & Chilcot, J. (2016). Brief report: Self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviours. *Journal of Health Psychology, 23*(7), 993-999. <https://doi.org/10.1177/1359105316643377>
- Egúsquiza, K. (2015). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a la conducta inapetente: Un estudio de caso. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología, 1*(2), 93-104. <https://doi.org/10.24016/2015.v1n2.9>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Ferguson, C. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(5), 532-538. <https://doi.org/10.1037/a0015808>
- Frostadottir, A., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in Psychology, 10*, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>
- Finlay-Jones, A. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist, 21*(2), 90-103. <https://doi.org/10.1111/cp.12131>
- García-Campayo, J., Navarro-Gill, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and quality of life outcomes, 12*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Germer, C., & Neff, K. (2013). Self-compassion in clinical. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 856-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Gilbert, P. (2005). *Compassion. Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge.

- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Routledge.
- Gillanders, D., Sinclair, A., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300–311. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.003>
- Glass, G. (1966). Note on Rank Biserial Correlation. *Educational and Psychological Measurement*, 26(3), 623–631. <https://doi.org/10.1177/001316446602600307>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., & Wilson, K. (1993). Some Applied Implications of a Contemporary Behavior-Analytic Account of Verbal Events. *The Behavior Analyst*, 16(2), 283–301. <https://doi.org/10.1007/bf03392637>
- Hayes, S., & Wilson, K. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior analyst*, 17(2), 289–303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. The Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy* (2.^a ed.). *The Process and Practice of Mindful Change*. The Guilford Press.
- Hayes-Skelton, S., & Eustis, E. (2020). Experiential Avoidance. En J. Abramowitz y S. Blakey (Eds), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 115-131). American Psychological Association.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación, las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1.^a ed.). McGraw Hill Education.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Perú: Porcentaje de población por etapas de vida*. <https://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demograficos/poblaciontotal/POBVIDMacros.asp>

- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2015). *Desarrollo Humano: una perspectiva del ciclo vital*. Cengage Learning.
- Kemper, K., Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(8), 496-503. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0281>
- Krawitz, R. (2012). Behavioural treatment of severe chronic self-loathing in people with borderline personality disorder. Part 2: self-compassion and other interventions. *Australasian Psychiatry*, 20(6), 501-506. <https://doi.org/10.1177/1039856212459586>
- Lilly, M., & Allen, C. (2015). Psychological Inflexibility and Psychopathology in 9-1-1 Telecommunicators. *Journal of Traumatic Stress*, 28(3), 262-266. <https://doi.org/10.1002/jts.22004>
- Ling, D., Petrakis, M., & Olver, J. (2020). The use of common humanity scenarios to promote compassion in healthcare workers. *Australian Social Work*, 74(1), 110-121. <https://doi.org/10.1080/0312407x.2020.1808031>
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A., & Schroevers, M. (2017). Compassion for Others and Self-Compassion: Levels, Correlates, and Relationship with Psychological Well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325–331. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0777-z>
- Luciano, C., Gutiérrez, O., & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537208.pdf>
- Luciano, C., Ruiz, F., Luciano, B., & Sánchez, L. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 357-373. <https://www.ijpsy.com/volumen16/num3/452/dificultades-y-barreras-del-terapeuta-en-ES.pdf>

- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14. <https://core.ac.uk/download/pdf/60674361.pdf>
- Machell, K., Goodman, F., & Kashdan, T. (2015). Experiential avoidance and well-being: A daily diary analysis. *Cognition and Emotion*, 29(2), 351–359. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.911143>
- Marshall, E., & Brockman, R. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60–72. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60>
- Martínez, C. (2019). *Estadística y muestreo* (14.ª ed.). Ecoe Ediciones.
- Martínez, R. (2018). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) en estudiantes universitario de Lima Metropolitana* [Tesis de doctorado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio institucional de la Universidad San Martín de Porres. <http://200.37.16.212/handle/usmp/4112?show=full&locale-attribute=en>
- Ministerio de Salud de Perú. (2016). *Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/315255/2.pdf>
- Ministerio de Salud de Perú. (2018). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Miron, L., Sherrill, A., & Orcutt, H. (2015). Fear of self-compassion and psychological inflexibility interact to predict PTSD symptom severity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.003>
- Monestès, J., Karekla, M., Jacobs, N., Michaelides, M., Hooper, N., Kleen, M., Ruiz, F., Miselli, G., Presti, G., Luciano, C., Villatte, M., Bond, F., Kishita, N., & Hayes, S. (2018). Experiential avoidance as a common psychological process in European cultures. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(4), 247–257. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000327>
- Montalvo-Prieto, A., Cabrera-Nanclares, B., Quiñones-Arrieta, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*, 12(2), 134-143. <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124103005.pdf>

- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. En H. Wayment y J. Bauer (Eds), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 95-105). American Psychological Association.
- Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Neff, K. (2016). The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de noviembre de 2019). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pakenham, K. (2015). Investigation of the utility of the acceptance and commitment therapy (ACT) framework for fostering self-care in clinical psychology trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 9(2), 144–152. <https://doi.org/10.1037/tep0000074>
- Pastorelli, J., & Gargurevich, R. (2018). Propiedades psicométricas de la escala de autocompasión en estudiantes de medicina de Lima. *Revista Interamericana de Psicología*, 52(2), 249-264. <https://www.researchgate.net/publication/330193124>

- Patrón-Espinosa, F. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(1), 85-95. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v5.1.38728>
- Perea-Gil, L. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 99-121. <https://doi.org/10.21501/24631779.2264>
- Perme, M., & Manevski, D. (2018). Confidence intervals for the Mann–Whitney test. *Statistical Methods in Medical Research*, 28(12), 3755–3768. <https://doi.org/10.1177/0962280218814556>
- Phélan, M. (2011). Revisión de índices e indicadores de desarrollo: aportes para la medición del buen vivir. *OBETS: Revista de Ciencias Sociales*, 6(1), 69-96. <https://doi.org/10.14198/obets2011.6.1.04>
- Phillips, W. (2019). Self-compassion mindsets: The components of the self-compassion scale operate as a balanced system within individuals. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00452-1>
- Pommier, E., Neff, K., & Tóth-Király I. (2019). The development and validation of the Compassion Scale. *Assessment*, 27(1), 21-39. <https://doi.org/10.1177/1073191119874108>
- Rawal, A., Park, R., & Williams, J. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 851-859. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.009>
- Razali, N., & Wah, Y. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics*, 2(1), 21-33. https://www.researchgate.net/profile/Bee_Yap/publication/267205556
- Revenge, S., Calvo, J., Bueno, M., & González, L. (2018). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en un caso de inflexibilidad psicológica durante el embarazo. *Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 9(2), 1–11. <https://doi.org/10.5093/cc2018a13>

- Ribero-Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46. <https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.03>
- Rodríguez, A., & Babiano, M. (2019). Análisis e intervención en un caso de evitación experiencial. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1), 2-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323081>
- Rondón, M. (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 237-238. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es&tlng=es.
- Serrano-Ibáñez, E., Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López-Martínez, A. (2019). The behavioural inhibition system, behavioural activation system and experiential avoidance as explanatory variables of comorbid chronic pain and posttraumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1581013>
- Sidman, M. (1971). Reading and Auditory-Visual Equivalences. *Journal of Speech and Language and Hearing Research*, 14(1), 5-13. <https://doi.org/10.1044/jshr.1401.05>
- Sirois, F. (2015). A self-regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults. *Preventive Medicine Reports*, 2, 218-222. <http://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.03.006>
- Sirois, F., & Rowse, G. (2016). The role of self-compassion in chronic illness care. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 23(11), 521-527. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2018/05/Sirois2016.pdf>
- Smith, B., Guzman, A., & Erickson, K. (2018). The Unconditional Self-Kindness Scale: Assessing the Ability to Respond with Kindness to Threats to the Self. *Mindfulness*, 9(6), 1713-1722. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0912-5>

- Soriano, M. & Salas, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
- Souza, L., & Hutz, C. (2016). Self-compassion in relation to self-esteem, self-efficacy and demographical aspects. *Paidéia*, 26(64), 181–188. <https://doi.org/10.1590/1982-43272664201604>
- Suso, F. (2018). Filosofía del dolor sobre la importancia de diferenciar el dolor físico y el sufrimiento moral. *Contrastes: Revista Internacional de Filosofía*, 23(3), 141–161. <https://doi.org/10.24310/Contrastescontrastes.v23i3.6598>
- Terry, M. & Leary, M. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10, 352-362. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.558404>
- Thompson, B., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(6), 556-558. <https://doi.org/10.1002/jts.20374>
- Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. (2014). *The ACT Practitioner's Guide to the Science of Compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility*. New Harbinger Publications.
- Triola, M. (2018). *Estadística* (12.^a ed.). Pearson.
- Twohig, M., Ong, C., Krafft, J., Barney, J., & Levin, M. (2019). Starting off on the right foot in acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy*, 56(1), 16-20. <https://doi.org/10.1037/pst0000209>
- Valdez, C., & Lilly, M. (2015). Self-Compassion and Trauma Processing Outcomes Among Victims of Violence. *Mindfulness*, 7(2), 329–339. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0442-3>
- Valencia, P. (2018). El Cuestionario Breve de Evitación Experiencial. *Pensando Psicología*, 14(24), 1-11. <https://doi.org/10.16925/pe.v14i24.2412>
- Valencia, P. (2019). ¿El Cuestionario de Aceptación y Acción II mide realmente la evitación experiencial? *Revista Evaluar*, 19(3), 42-53. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/26776>

- Vázquez-Morejón, R., Rubio, J., Rodríguez, A., & Morejón, A. (2019). Validation of a Spanish version of the Brief experiential avoidance questionnaire (BEAQ) in clinical. *Psicothema*, *31*(3), 335–340. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.60>
- Warren, R., Smeets, E., & Neff, K. (2016). Self-criticism and self-compassion: Risk and resilience for psychopathology. *Current Psychiatry*, *15*(12), 18-32. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2016/12/Self-Criticism.pdf>
- Wilson, K., & Carmen, L. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Ediciones Pirámide.
- Yela, J., Crego, A., Gómez-Martínez, M., & Jiménez, L. (2020). Self-compassion, meaning in life, and experiential avoidance explain the relationship between meditation and positive mental health outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(9), 1631-1652. <https://doi.org/10.1002/jclp.22932>
- 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. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>
- Zuroff, D., Clegg, K., Levine, S., Hermanto, N., Armstrong, B., Haward, B., & Thode, S. (2021). Beyond trait models of self-criticism and self-compassion: Variability over domains and the search for signatures. *Personality and Individual Differences*, *170*, 110429. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110429>



Anexo 1: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Yo, _____, luego de haber leído y entendido el contenido del documento de presentación remitido por el estudiante Francisco Dellachiesa Reyes el mismo que establece que en el marco del curso de “Seminario de Investigación I” bajo la supervisión de la profesora Sandra Inurritegui, se realizará una investigación que tiene como finalidad medir la relación entre la autocompasión y la evitación experiencial, la cual es una forma de evitar el sufrimiento. Sé que si acepto participar en esta investigación se me solicitará responder a una ficha sociodemográfica y a dos cuestionarios. Se estiman 25 minutos aproximados para completarlos. Los riesgos que pueden existir al completar los cuestionarios es conectar con una experiencia dolorosa que se ha vivido en el pasado o se está viviendo actualmente. En este sentido, me comprometo a proporcionar toda la información solicitada de forma honesta. Si tuviera dudas podré hacer preguntas en cualquier momento de este proceso de investigación. Igualmente, si siento alguna incomodidad durante mi participación, puedo informarlo al investigador para recibir orientación o retirarme, sin que ello me perjudique de ninguna forma. Entiendo que la información recolectada durante esta investigación se usará solo con fines académicos y será estrictamente confidencial ya que la información sobre los datos personales será encubierta a través de códigos. También, doy mi consentimiento para que algunas de mis verbalizaciones sean transcritas y aparezcan en el informe final junto a las de otras personas con la finalidad de que se muestren los resultados. Me han garantizado que mi nombre no aparecerá en ninguna parte y que nadie podrá identificar que esas transcripciones me pertenecen. Para cualquier información adicional o consulta relacionada con mi participación en la investigación, puedo comunicarme con el docente responsable al correo electrónico 20150431@ulima.edu.pe.

Finalmente, expreso que acepto de manera voluntaria participar en la investigación.

Lima, ____ de _____ del 2020

Nombre completo del participante

Firma

Fecha

Francisco Dellachiesa Reyes

Anexo 2: Ficha de datos sociodemográficos

Ficha de datos sociodemográficos

1. Sexo.

Hombre ___; Mujer ___.

2. ¿Cuántos años tiene?

20 ___; 21 ___; 22 ___; 23 ___; 24 ___; 25 ___; 26 ___; 27 ___; 28 ___; 29 ___; 30 ___ .

3. Nivel educativo.

Sin estudios ___

Secundaria completa ___

Superior incompleta (técnica o universitaria) ___

Superior completa (técnica o universitaria) ___

Estudios de posgrado ___

4. Estado civil

Solero/a ___

Casado/a ___

Viudo/a ___

Divorciado ___

Anexo 3: Permiso de uso de la Escala de Autocompasión



1912 Speedway, STE 504, Austin, Texas, 78712-1289 • Mail Code: D5800 • (512) 471-4155 • Fax (512) 471-1288

To Whom It May Concern:

Dr. Kristin Neff grants permission to use the Self-Compassion Scale (Neff, 2003) for any purpose whatsoever, including research, clinical work, teaching, etc. Please cite:

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

Permission is also given to translate the Self-Compassion Scale using the analytic approach to validate the factor structure that was established in:

Neff, K. D., Tóth-Király, I., Yarnell, L., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N.,... Mantios, M. (2019). Examining the Factor Structure of the Self-Compassion Scale using exploratory SEM bifactor analysis in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment*, 31 (1), 27-45.

Best wishes,

Kristin Neff, PhD

Anexo 4: Permiso de uso de la Escala de Aceptación y Acción

II



Acceptance and Action Questionnaire II

PsycTESTS Citation:

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Acceptance and Action Questionnaire II [Database record]. Retrieved from PsycTESTS. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/t11921-000>

Instrument Type:

Inventory/Questionnaire

Test Format:

The Acceptance and Action Questionnaire II utilizes a Likert-type scale that ranges from 1 (never true) to 7 (always true), with higher scores indicating greater levels of psychological inflexibility.

Source:

Bond, Frank W., Hayes, Steven C., Baer, Ruth A., Carpenter, Kenneth M., Guenole, Nigel, Orcutt, Holly K., Waltz, Tom, & Zettle, Robert D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, Vol 42(4), 676-688. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>, © 2011 by Elsevier. Reproduced by Permission of Elsevier.

Permissions:

Test content may be reproduced and used for non-commercial research and educational purposes without seeking written permission. Distribution must be controlled, meaning only to the participants engaged in the research or enrolled in the educational activity. Any other type of reproduction or distribution of test content is not authorized without written permission from the author and publisher. Always include a credit line that contains the source citation and copyright owner when writing about or using any test.

