



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

# Evaluación de los Niveles de Auto-compasión y Autoeficacia en estudiantes

De 1° y 5° año de Odontología de la  
Universidad de Chile.

**Memoria para acceder a título de Psicólogo**

**Autora:**

Lic. Rina Castillo León

**Profesor Guía:**

Mg. Ps. Leonor Villacura Avendaño

**Asesor Metodológico:**

Prof. Ilse López

Ps. Fabiola Sánchez

Santiago de Chile, 2017

## Agradecimientos

Quisiera agradecer a todas las personas que de uno u otro modo fueron un apoyo fundamental en este proceso. Esas amistades y profesores que siempre tuvieron una palabra para orientarme y darme ánimos para poder continuar y retomar este camino. Muchas gracias por estar ahí cuando más lo necesitaba.

Principalmente agradecer a Leonor Villacura, quien con mucha empatía y dedicación ha contribuido enormemente en mi formación profesional. Por su apoyo y guía en todo este proceso y ser un pilar imprescindible para organizarme y llegar al final de esta etapa.

A mi madre por ser un apoyo incondicional desde los comienzos. A mi esposo, Mauricio, quien con su paciencia y amor me da la fortaleza para intentar ser cada día mejor. Por siempre creer en mí incluso cuando yo no creía. Y como no agradecer a mi amada Constanza, quien me ha acompañado serenamente desde mi vientre dándome energía y motivación para conjugar esta etapa con su desarrollo.

Finalmente agradecer a todas y cada una de esas personas que se transformaron en un gran aporte, Fabiola, Ilse, Paulina, Claudia y cuantos otros que se cruzaron en este camino y contribuyeron de muchos modos en el desarrollo de esta investigación. Muchas gracias a todos/as.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>I. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS</b> .....	<b>9</b>
1.1. Auto-compasión .....	9
1.1.1. Definición y componentes de Auto-compasión .....	10
1.1.2. Auto-compasión y otros conceptos .....	12
1.1.3. Estudios y alcances terapéuticos en Auto-compasión .....	14
1.2. Autoeficacia .....	17
1.2.1. Mecanismos y fuentes de Autoeficacia .....	19
1.2.2. Autoeficacia general .....	21
1.2.3. Autoeficacia y otros conceptos .....	23
1.2.4. Estudios en Autoeficacia general .....	24
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
2.1. Objetivo General .....	27
2.2. Objetivos Especos .....	27
<b>III. HIPÓTESIS</b> .....	<b>28</b>
<b>IV. METODOLOGÍA</b> .....	<b>29</b>
4.1. Enfoque y diseño de la investigación .....	29
4.2. Definición de las variables .....	29
4.3. Definición y características de la población .....	31
4.4. Definición y tamaño de la muestra .....	32
4.5. Instrumentos utilizados .....	33
4.5.1. Escala de Auto-compasión de Neff (EAC) .....	33
4.5.2. Escala de Autoeficacia de Baessler & Schwarzer (EAG) .....	35
4.6. Procedimiento y análisis de la información .....	37
<b>V. RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
5.1. Análisis descriptivo .....	39
5.2. Análisis comparativo .....	42
5.3. Análisis correlacional .....	43
<b>VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	<b>44</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>50</b>
<b>VIII. ANEXOS (CD)</b>	
Anexo 1: Consentimiento Informado	
Anexo 2: Escala de Auto-compasión (EAC)	
Anexo 3: Escala de Autoeficacia General (EAG)	

## RESUMEN

Ante la alta prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de odontología, la auto-compasión y la autoeficacia general pueden actuar como factores promotores de bienestar emocional y de un enfrentamiento saludable a las dificultades cotidianas de la vida universitaria.

Se evaluaron ambas variables en los estudiantes de 1º y 5º año de Odontología de la Universidad de Chile. Para ello se aplicaron las escalas de Auto-compasión y la de Auto-eficacia General en una muestra de 84 estudiantes, realizándose análisis descriptivos y correlacionales.

Los resultados mostraron niveles medios de Auto-compasión y Autoeficacia general y confirmaron la relación entre ambas variables. A excepción de la dimensión Comprensión hacia uno mismo, en que los hombres obtuvieron puntajes significativamente más altos que las mujeres, no existieron diferencias significativas para las variables de género, edad y nivel académico.

Se plantean los posibles alcances de intervenciones relacionadas con auto-compasión y autoeficacia en el contexto universitario.

Palabras clave: **auto-compasión, autoeficacia general, estudiantes universitarios.**

## INTRODUCCIÓN

El ingreso a la vida universitaria es para muchos jóvenes un proceso lleno de cambios y nuevas experiencias que viene a ampliar y profundizar sus antiguos repertorios de aprendizajes. De esta manera, se ponen de manifiesto todos los recursos y habilidades que ellos poseen para dar frente a las posibles dificultades y demás requerimientos propios de la etapa que comienzan a emprender.

Sin duda, existen una serie de tareas, exigencias y desafíos que son presentados por el ambiente universitario y que pueden promover la generación de salud o enfermedad en sus estudiantes. En este sentido, Micin y Bagladi (2011) consideran que es esperable la aparición de una cantidad notable de problemas de salud y/o trastornos mentales en esta población. En sus estudios, realizados en universitarios de la Región Metropolitana, encontraron una alta prevalencia de trastornos adaptativos, trastornos específicos de ansiedad y depresión.

Los resultados obtenidos por Micin y Bagladi (2011) se condicen con los resultados obtenidos tanto en investigaciones nacionales (Antúnez y Vinet, 2013; Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández y Rodríguez 2007; Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo, 2011; Rioseco, Valdivia, Vicente, Vielma y Jerez, 1996) como en estudios extranjeros, donde la evidencia apunta a una alta incidencia de trastornos de ansiedad y depresión en la población universitaria. Dichos cuadros tenderían a encontrarse más en estudiantes de primer año, disminuyendo progresivamente su prevalencia a medida que éstos avanzan en el plan de estudios (Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Erazo y Jiménez, 2012).

La universidad no solo provee de un sinnúmero de experiencias en el área intelectual, sino que también presenta aprendizajes y desafíos en el ámbito social y emocional de sus estudiantes. Para Antúnez y Vinet, (2013), frente a la competitividad, los altos niveles de exigencia y estrés propios de este ambiente, parece ser entendible que cuadros psicopatológicos emerjan o se acrecienten en este período provocando un impacto negativo en la salud y el bienestar mental de los estudiantes.

Según Aluicio y Revellino (2011), se hace evidente la necesidad de desarrollar además de habilidades cognitivas o duras, habilidades internas y sociales que influirán en el desarrollo profesional y empleabilidad de los estudiantes. De esta manera, el desarrollo del estudiante universitario se considera de manera global, por lo que parece relevante la búsqueda de espacios y herramientas que permitan intervenir en la salud mental de la población universitaria, que, además, potencien las habilidades de los estudiantes para dar frente tanto a los desafíos propios de la vida

académica, como a los requerimientos de un medio social exigente (Reig, Cabrero, Ferrer y Richard, 2001).

En este sentido, podemos observar a la universidad como una muestra de una sociedad que es a su vez muy competitiva y de exigencia. Para Neff (2011), es por esta razón que tendemos a volvernos muy autocríticos, pensando que de esta manera nos regulamos y no caemos en el fracaso. Paradójicamente, muchas veces la autocrítica resulta más dura y dolorosa que el sentimiento de fracaso en sí mismo, por lo que se propone al concepto de auto-compasión como una forma más abierta y amable de enfrentar los propios sentimientos de frustración y dolor de la vida cotidiana.

Al desarrollar la auto-compasión existiría la posibilidad de tener una mirada más comprensiva y libre de prejuicios sobre nosotros mismos, entendiendo que todas aquellas situaciones de sufrimiento son parte de la naturaleza humana y, por lo tanto, compartidas por todas las personas (Neff, 2003b). Una actitud autocompasiva real proporcionaría claridad y entendimiento, además de orientarnos a aliviar nuestro sufrimiento de una manera saludable. Asimismo, se plantea que niveles altos de auto-compasión permiten ver las dificultades diarias de manera equilibrada y dar una solución adecuada a éstas, aumentando la positividad, la perseverancia y responsabilidad de los individuos (Ferguson, Kowalski, Mack y Sabiston, 2014).

Por su parte, la autoeficacia se ha planteado como un importante predictor de bienestar emocional y de orientación a las metas. Las expectativas de autoeficacia parecen determinar la decisión de hacer frente a los obstáculos y la perseverancia y motivación respecto a los objetivos planteados (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez y González, 2006). De modo, que lo que nos decimos a nosotros mismos jugaría un papel importante en cómo hacemos las cosas y, además, poseería una importante carga afectiva capaz de influenciar en nuestras decisiones.

La autoeficacia es definida por Bandura (1994) como la apreciación de las propias capacidades y, la base sobre la que se organizarán y ejecutarán los actos para alcanzar cierto rendimiento deseado. Esta apreciación puede pertenecer a un ámbito particular y bien delimitado o también referirse a una valoración general en base a dominios más globales e inespecíficos (Brenlla, Aranguren, Rossaro y Vásquez, 2010; Padilla et al, 2006). Respecto a esta apreciación global, se ha encontrado evidencia de relaciones positivas entre la autoeficacia general y un conjunto amplio de variables relacionadas con el rendimiento laboral, el académico, diferentes problemas de salud y evaluaciones de la calidad de vida (Scholz, Gutiérrez-Doña, Sud y Schwarzer, 2002; Schwarzer, Mueller, & Greenglass, 1999, Schwarzer & Fuchs, 1996 citados en Padilla et al., 2006).

Como podemos ver, tanto la auto-compasión como la autoeficacia son constructos que promoverían las emociones positivas y las fortalezas internas para hacer frente a las dificultades de la vida diaria. Corresponderían a herramientas centrales en la adecuación saludable del sujeto a elementos estresantes, promoviendo el enfrentamiento de los momentos difíciles y la consecución de las metas u objetivos personales.

Vistas como recursos internos, estas variables podrían ser potenciadas y trabajadas para beneficiar la salud mental y calidad de vida de los estudiantes. De modo que, saber los niveles de auto-compasión y autoeficacia en ellos proporcionaría un diagnóstico general para realizar posibles intervenciones en esta misma área. Además de mejorar su capacidad de enfrentar grandes estresores del período como la ansiedad por el rendimiento, la adaptación al espacio universitario, el hacer frente al fracaso y otras dificultades o desafíos propios de este momento de la vida.

Esta investigación pretende dar un aporte exploratorio en el campo de estudio de la auto-compasión en Chile y establecer algunas discusiones acerca de su relación con un constructo bastante estudiado y valorado como es la autoeficacia. Asimismo, pretende aportar en el estudio de conceptos que pueden ser implementados como herramientas en instancias de intervención para promover la salud mental y el bienestar de los estudiantes.

## FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Los estudios de salud mental en la población universitaria han generado mucho interés en diversas investigaciones, sobre todo en carreras pertenecientes al área de la salud, donde destacan la prevalencia de trastornos como ansiedad y depresión (Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Pérez, Cartes-Velásquez, 2015; Rioseco et al., 1996). Esto parece ser muy relevante considerando que son justamente estos futuros profesionales los que estarán a cargo de la salud de otras personas y, representan al grupo de carreras más exigentes tanto en lo académico como en lo personal, ya que contempla en su formación el trato con pacientes y la consiguiente carga emocional que esto puede provocar (Dávila et al, 2011).

En Chile, los estudios en estudiantes de odontología coinciden con las investigaciones extranjeras que muestran la presencia de altos niveles de ansiedad y depresión (Corsini, Bustos, Fuentes y Cantin, 2012; Dávila et al, 2011; Serrano, 2012). Específicamente en una investigación en la Universidad de Concepción, muestran como el fenómeno del estrés se considera parte inevitable de la carrera y es vista como un indicador de esfuerzo o eficiencia respecto al cumplimiento de los objetivos académicos (Serrano, 2012). Además, se ha encontrado evidencia que plantea un aumento en los niveles de ansiedad a medida que se avanza en la carrera. Esto coincide con la incorporación del aprendizaje clínico que, al parecer, resulta ser mucho más exigente para los estudiantes que la formación de los años anteriores (Corsini et al., 2012; Serrano, 2012).

De esta manera, es posible apreciar la preocupación por el bienestar mental y mejoramiento de la calidad de vida en estudiantes de Odontología. Parece relevante estudiar los factores que les permitirían tener más herramientas para enfrentar estas dificultades, lograr respuestas más adaptativas y saludables ante el estrés y otros elementos que puedan afectar su salud mental.

En esta investigación hemos considerado a los estudiantes de primer año porque teóricamente son los que requieren más esfuerzos adaptativos para ingresar al sistema universitario. El cambio del colegio a la universidad suele ser un evento que requiere ajustes personales, sociales y académicos, por lo tanto, puede afectar el estilo de vida de los estudiantes (Lange y Vio, 2006, en Dávila et al., 2011). Del mismo modo, creemos relevante incluir en el estudio a los estudiantes de 5° año de la carrera, al considerar un punto de comparación para las mediciones de auto-compasión y autoeficacia, a modo de observar el comportamiento de estas variables según nivel académico.



Es interesante relacionar auto-compasión con la percepción global de autoeficacia en estos jóvenes, porque sin duda es una etapa demandante en términos académicos y sociales, donde la auto-exigencia y la auto-crítica es, muchas veces, parte de la noción de lograr éxito y están generalmente asociadas a un malestar psicológico contrario al objetivo deseado. Algunos estudios sobre auto-compasión y rendimiento aseguran que una persona con altos niveles de auto-compasión serían personas más autónomas, más perseverantes y responsables, por lo tanto, más orientadas a conseguir sus metas y enfrentar sus fracasos (Domingo, 2015). De esta manera, teóricamente los constructos de auto-compasión y autoeficacia deberían presentar una relación directa, mostrando que niveles altos de auto-compasión implicarían niveles altos de autoeficacia y, por lo tanto, dirigirían a los estudiantes a afrontar mejor sus metas y conseguir sus objetivos, aplicando mejor sus recursos y logrando un mayor manejo de los estresores habituales en esta etapa.

Algunas preguntas que se desean responder con este estudio son: ¿Cuáles son los niveles de auto-compasión y autoeficacia en los estudiantes de 1° y 5° año de Odontología de la Universidad de Chile? ¿Cuál es la relación de la auto-compasión con la percepción de auto-eficacia de los estudiantes de 1° y 5° año de Odontología de la Universidad de Chile? ¿Existe diferencia en los niveles de auto-compasión entre estudiantes de primer y último año de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile? ¿Existe diferencia en la percepción de auto-eficacia general entre estudiantes de primer y último año de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile?

## I. ANTECEDENTES TEORICOS Y EMPÍRICOS

### 1.1. Auto-compasión

En los últimos años se ha observado una creciente influencia de tradiciones de origen milenario en la psicología occidental. Estas prácticas tales como el budismo, el taoísmo o el sufismo han venido a aportar no sólo prácticas sino también algunas bases filosóficas que pausadamente se han constituido en teoría.

Para Mañas (2007), estas terapias clasificadas como de “tercera generación”, se preocupan por procesos relacionados con valores tanto de la persona como del terapeuta, enfocada en la aceptación personal, espiritualidad y trascendencia. Involucran el momento presente -aquí y ahora- y el autoconocimiento. Se relaciona el cambio con el lado más experiencial y contextual, pretendiendo construir repertorios más amplios y flexibles ante las dificultades.

Es en este contexto, que se introduce a la psicología occidental el término de Auto-compasión, un concepto ya conocido y utilizado en la psicología budista, cuyo estudio y práctica se remonta hace más de 2500 años (Araya & Moncada, 2012).

A modo general, diremos que el concepto de Auto-compasión está estrechamente ligado a la práctica de Mindfulness, también proveniente de la filosofía budista. Mindfulness entendido como “la observación no enjuiciadora del flujo continuo de los estímulos, tanto internos como externos, a medida que ellos se presentan” (Baer, R. 2003 p.126 citado en Cárcamo & Moncada, 2010). Esta observación no involucraría solamente un fenómeno cognitivo, sino que también estaría referida a tomar una actitud amable y acogedora hacia los fenómenos que ocurren (Germer & Simón, 2011).

De esta forma, la bondad amorosa y la compasión serían componentes esenciales de Mindfulness y corresponderían a un sentimiento natural frente al sufrimiento de alguien que amamos. Sin embargo, es algo que también podríamos proporcionarnos y dirigir hacia nosotros mismos cuando estamos frente a situaciones difíciles o sentimos que hemos fallado, en este caso hablamos de “*auto-compasión*” (Simón, 2010).

### 1.1.1. Definición y componentes de Auto-compasión

Comprendiendo que Auto-compasión es la compasión dirigida hacia uno mismo, podemos decir que etimológicamente viene del latín *com* (con) y *pati* (sufrir), o “sufrir con”, de modo que, cuando somos compasivos estamos reconociendo que “alguien está pasando por una situación dolorosa, abandonamos nuestros miedos o nuestra resistencia, y fluye un sentimiento natural de amor y amabilidad hacia el individuo que sufre” (Germer, 2011, p59).

Considerando lo anterior, auto-compasión podría ser definida como la capacidad de ofrecernos amabilidad y comprensión a nosotros mismos cuando estamos en situaciones de sufrimiento o cuando existe un sentimiento de fracaso o incompetencia (Neff, 2012). O en palabras de Germer (2011), auto-compasión implicaría darnos el mismo cuidado, la calma y el afecto que, naturalmente, le daríamos a nuestros seres queridos cuando están sufriendo, cuando fallan o se sienten inadecuados.

Existen bastantes autores que mencionan el concepto de Auto-compasión ligado al bienestar psicológico de las personas. Sin embargo, una de las pioneras en conceptualizar este tema e introducir estudios en el ámbito clínico occidental es Kristin Neff, profesora de Texas quien desarrollo una escala para medir auto-compasión (Self-Compassion Scale). Escala que ha sido validada en diferentes países mostrando el creciente interés en este tema y sus alcances en la búsqueda del bienestar de las personas, en población clínica y no clínica (Araya et al., 2014)

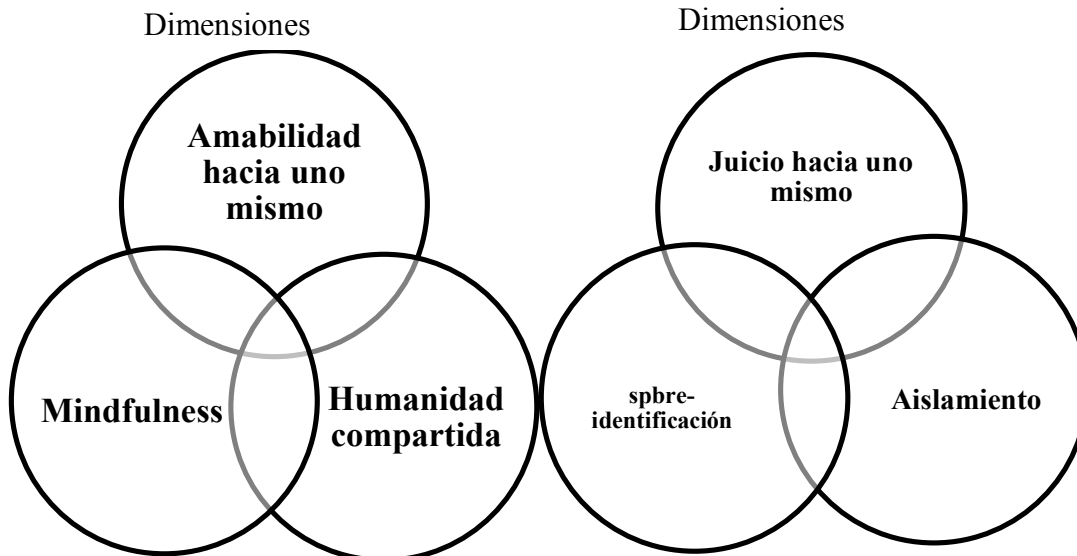
En Chile específicamente, Araya y colaboradores (2014) realizaron la traducción de esta escala, logrando una adaptación y validación de este instrumento para el contexto chileno. Al igual que las adaptaciones en otros países, el modelo de 6 factores establecido por Neff fue modificado, sin alejarse demasiado de la escala original y sus conceptos principales.

Para Neff (2003a) y según lo plasma en su escala, el concepto de auto-compasión estaría compuesto por 3 dimensiones, las que a su vez representan 2 polos para cada una conformando finalmente el modelo de 6 factores. Estas dimensiones estarían íntimamente interrelacionadas e influirían significativamente en el cómo enfrentamos las situaciones problemáticas en nuestra vida y logramos gestionar nuestras emociones en circunstancias mayoritariamente poco favorables.

Como se mencionó anteriormente, cada dimensión es subdividida en 2 partes o polos que nos permitirían comprender en profundidad el término *auto-compasión* entendiendo un camino

hacia la construcción y otro hacia la negación de los elementos básicos para desarrollarla (Barnard & Curry, 2011).

Figura1. Dimensiones de la Auto-compasión (Neff, 2003a en Araya y Moncada, 2012)



Las dimensiones planteadas son:

***Amabilidad con uno mismo versus Auto-crítica:*** esta dimensión se relacionaría con el ser amables con nosotros cuando las cosas van mal (Germer & Simón, 2011). Barnard & Curry (2011) enfatizan que la bondad, amerita darse el amor, felicidad y afecto que merecemos aun cuando las cosas no salgan bien o existan elementos de nosotros que no nos agraden.

Por otro lado, la auto-crítica estaría referida al juicio desaprobatorio y crítico hacia las propias falencias o defectos. Involucraría un grado de hostilidad hacia nosotros mismos y una actitud de rechazo que puede igualar o superar el malestar producido por la situación dolorosa (Germer, 2009 en Barnard & Curry, 2011).

***Humanidad compartida versus Aislamiento:*** se plantea que parte del desarrollo de la auto-compasión consiste en ser capaz de comprender que aquellas dificultades que experimentamos e incluso los propios errores son parte de la condición humana. En este sentido, está a la base la creencia de que los seres humanos estamos interrelacionados y la humanidad compartida es reconocer que los demás pasan por sufrimientos similares a los míos (Araya & Moncada, 2012).

Contrario a la Humanidad Compartida esta la noción de Aislamiento, que es entendida como la sensación o conducta de desconexión cuando estamos frente a dificultades. Conducta que propiciaría aislarse y abstraerse en los propios problemas (Neff, 2003a). Según Barnard & Curry

(2011) las personas tendemos a esconder nuestras vergüenzas y fracasos, por lo tanto, emitimos una acción de retirada y aislamiento, creyendo que somos los únicos que experimentamos tal sufrimiento.

***Mindfulness versus sobre-identificación:*** Mindfulness, considerado como la capacidad de tener una visión consciente y equilibrada ante las situaciones dolorosas (Gálvez, 2012). En este sentido, Mindfulness no sólo incluiría una atención cognitiva, sino una observación activa con un interés cariñoso en la propia experiencia presente (Barnard & Curry, 2011). Para Kristin Neff (2003b), implica estar conectado al propio sufrimiento, sin rechazar o evitar, siendo justamente estas acciones las que llevan a las personas a dejarse llevar por los sentimientos dolorosos tendiendo a exagerar el sufrimiento personal y provocando un exceso de identificación.

En este sentido, la sobre-identificación generaría una fijación en las dificultades y una “rumiación mental”, perdiendo la capacidad de percibir la situación con ecuanimidad y el acercamiento con el presente. Favorecería la evitación y el distanciamiento de la persona y su compromiso con la experiencia (Araya & Moncada, 2012).

### **1.1.2. Auto-compasión y otros conceptos.**

Es claro que el termino auto-compasión genera cierta inquietud. Para Gálvez (2012), esto estaría relacionado con la apreciación cultural de auto-compasión que tiende a ligarla al concepto de lástima a uno mismo. Sin embargo, esta actitud auto-castigadora, estaría muy lejos del concepto mencionado, ya que ser auto-compasivo implicaría buscar un enfoque equilibrado de las experiencias negativas, dando una aceptación con amabilidad hacia la persona que sufre- hacia nosotros mismos. Involucraría cierta empatía para reconocer el dolor, pero considerando una actitud activa para intentar mitigarlo y cultivar el bienestar (Araya & Moncada, 2012).

Es necesario diferenciar los aspectos fundamentales para no confundir con algunos conceptos. Neff (2003b) plantea que si bien algunas personas pueden usar la palabra auto-compasión como pretexto para ser autocomplacientes, en sí mismo ambos conceptos serían contradictorios. La autocomplacencia requeriría de una actitud pasiva y una escasa responsabilidad para reconocer y actuar frente a los errores. Mientras que la auto-compasión promovería el reconocer los fracasos con amabilidad y conllevaría un deseo de salud y bienestar que alentaría al cambio.

En palabras de Dalai Lama (2002), la compasión si bien comienza con la empatía, en niveles más profundos permitiría intervenir, no sería una actitud distante y observadora. La compasión incluiría el deseo activo de que todos los seres queden libres de sufrimiento.

Tampoco estaría relacionada a la lástima, porque ésta se presenta como un juicio de minusvalía frente a una situación o frente a nosotros mismos y nuestros propios recursos para dar frente a una dificultad. Implicaría un movimiento contrario a los componentes de la auto-compasión descritos anteriormente (Araya & Moncada, 2012). La lástima generaría sentimientos de separación exagerando la angustia personal. Mientras que la auto-compasión estaría orientada a ver las experiencias sin distorsión o desconexión. Permitiría ver las cosas en perspectiva, reconociendo que el sufrimiento es algo por lo que pasamos todos los seres humanos (Neff, 2012).

Tal vez, pudiera parecer que uno de los términos más relacionados es la autoestima. Sin embargo, diversos autores plantean que la autoestima se basa en una evaluación de cuan capaces somos o cuantas características positivas tenemos en comparación con otro. Barnard & Curry (2011), plantean que por el contrario la auto-compasión no está centrada en un juicio, sino en el reconocer con aceptación y amabilidad lo que nos hace parte de la humanidad compartida. En este sentido, no se necesitaría ser especial para ser auto-compasivo, no tiene relación con ninguna valoración, es algo que se podría entregar cuando se tengan éxitos y fracasos, no sería contingente a ningún resultado (Neff, 2012).

Por lo tanto, la auto-compasión tendría los beneficios para la salud mental de la autoestima, dejando de lado los aspectos negativos, como patrones no productivos de comparación social, la actitud defensiva del ego, el narcisismo, la inestabilidad y cualquier otro elemento que pudieran producir algún resultado desadaptativo (Persinger, 2012 y Leary, Tate, Adams, Allen y Hancock, 2007).

### **1.1.3. Estudios y alcances terapéuticos en Auto-compasión**

Si bien, el concepto de Auto-compasión puede resultar bastante nuevo, existen diversos estudios y artículos que han tocado el tema apreciándose una insipiente línea investigativa al respecto (Araya & Moncada, 2012).

Los hallazgos de estas investigaciones sugieren que la auto-compasión está fuertemente relacionada con el bienestar psicológico y salud mental. Permitiría mayor capacidad de responder a las dificultades y lograr adaptación. También muestran que es un factor protector ante la ansiedad y la consideración de las propias debilidades (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007).

Los estudios proponen que las personas con auto-compasión estarían más conscientes de sus propios pensamientos y sentimientos. Esto permitiría una mayor apertura a los pensamientos y sentimientos de los demás, por lo tanto, también promovería patrones de interacción y de pensamientos sanos (Reyes, 2012).

En estudios realizados con enfermeras de Nueva York se mostró una relación entre auto-compasión e inteligencia emocional. Se observó que la auto-compasión les permitía establecer un cuidado amoroso y atento de los pacientes, sin sobre-identificarse o sentirse sobrepasada por los sentimientos dolorosos de estos (Heffernan, Griffin, McNulty, Fitzpatrick, 2010; Reyes, 2012).

Resultados similares obtuvieron Neff y McGehee (2010), en sus estudios con adolescentes y adultos jóvenes norteamericanos. En estos estudios, se evidenció una correlación positiva entre auto-compasión, bienestar y con los sentimientos de conexión social. A su vez, presentaba una relación negativa con variables como depresión y ansiedad. También aportaron datos relevantes sobre la relación entre auto-compasión y estilos de apego y funcionamiento familiar, planteando que un apego seguro y el apoyo materno serían buenos predictores de la existencia de auto-compasión en los jóvenes.

De esta forma, se plantea una relación estrecha entre los mecanismos parentales y el desarrollo de la auto-compasión (Heffernan et al., 2010). Persinger (2012), plantea que aquellas relaciones afectivas que tienen un alto impacto en el desarrollo de los jóvenes, como son los padres y profesores, tendrían a la vez un alto impacto en el desarrollo de la auto-compasión en ellos y, por lo tanto, en la capacidad de enfrentar las emociones negativas con conciencia abierta, generando bondad para sí mismo y sin desconectarse con sus emociones ni con el mundo. Un adulto con auto-

compasión sería más abierto a los propios sentimientos y pensamientos y, por lo tanto, desarrollaría patrones de comunicación y de pensamientos más saludables.

Para Neff y Lamb (2009), la auto-compasión permitiría a los estudiantes en contextos académicos mayor capacidad para hacer frente a las dificultades. Estos resultados se condicen con los obtenidos en el estudio de validación de la escala de auto-compasión en Chile, donde se encontró que niveles altos de auto-compasión estaban correlacionados con fortalezas psicológicas de los universitarios capaces de dar mayor bienestar psicológico como la autoestima y los afectos positivos de la encuesta PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, adaptado en Chile por Dufey y Fernández, 2012) como la motivación, atención, inspiración, entre otros (Araya et al, 2014).

Del mismo modo, un estudio canadiense con mujeres deportistas planteo la auto-compasión como un importante incentivador de la autodeterminación, la perseverancia y aumento del esfuerzo requerido para lograr los objetivos deseados y superar obstáculos enfrentados. Los niveles altos de auto-compasión permitirían a las jóvenes deportistas mayor amabilidad y comprensión hacia sí mismas para enfrentar las dificultades de rendimiento deportivo y las posibles lesiones (Ferguson et al., 2014). Estos resultados se reafirman por los hallazgos de Neff (2003a), donde se plantea que los estudiantes con mayor auto-compasión tienden a estar más comprometidos con sus objetivos personales, obteniendo el empuje necesario para lograrlos y corregir los errores pasados sin caer en el perfeccionismo neurótico.

Para Iskender (2009) la auto-compasión se asocia positivamente con variables que influyen en los objetivos y el desempeño de los estudiantes, de modo que los individuos con mayores niveles de auto-compasión presentarían menor temor al fracaso y una mayor percepción de competencia frente a los desafíos planteados. Frente a esto, Neff (2012) plantea que no necesariamente los estudiantes con mayor auto-compasión tengan más posibilidades de éxito o logren mayor rendimiento, sino que la auto-compasión les permite tener una postura abierta y amable frente a sus fracasos, no rehuyendo de las tareas desagradables, manteniendo los esfuerzos y orientándose al crecimiento personal pese a las frustraciones y resultados poco favorables.

Por otra parte, los estudios demuestran que las personas con auto-compasión mostraron ser más exactos al evaluar sus habilidades y defectos, sin signos de minusvalía o sobrevaloración (Barnard & Curry, 2011). En las investigaciones de Leary y colaboradores, se le pidió a un grupo de personas crear una presentación que sería evaluada y posteriormente se estudió sus reacciones frente a la retroalimentación recibida. Las personas con mayor auto-compasión enfrentaron mejor



las evaluaciones negativas, presentando niveles mayores de autoconciencia y una toma de perspectiva de los problemas sumado a la reducción de ansiedad frente a estos (Leary et al, 2007, citado Neff & Costigam, 2014). Frente a estos y a otros resultados, Neff y colaboradores (2007) plantean que la auto-compasión pareciera ser un factor protector frente a la ansiedad cuando el ego se ve amenazado.

Respecto a la relación entre el género y los niveles de auto-compasión, diversos estudios muestran que no existe una diferencia significativa entre los resultados obtenidos entre hombres y mujeres (Domingo, 2015; Iskender, 2009; Musa, 2013; Neff et al., 2007; Neff, Pisitsungkagarn & Hseih, 2008; Saavedra, 2014). En esta línea, en el estudio en universitarios chilenos de Musa (2013) tampoco fueron encontradas diferencias relevantes respecto a los niveles de auto-compasión según el género de los participantes. Sin embargo, otro grupo de estudios como los realizados por Neff y McGehee (2010), se encontraron niveles menores de auto-compasión en las mujeres en comparación con la muestra masculina del grupo de adultos jóvenes. Resultados similares fueron encontrados por Neff (2003b) y Souza & Hutz (2016) donde la muestra masculina presentó mayores niveles de auto-compasión, mientras que las mujeres tenían altos niveles de autocrítica, aislamiento y sobreidentificación. Aun así, la diferencia de género respecto a los niveles de auto-compasión parecerían tener más relación con aspectos culturales personales más específicos que trascenderían al sexo de los participantes (Barnard & Curry, 2011).

En este sentido, un estudio intercultural se encontró que la auto-compasión estaba altamente ligada a la cultura y enseñanzas de la vida diaria. La muestra estaba constituida por participantes de Estados Unidos, Tailandia y Taiwan, logrando apreciarse que en países donde están instaurados mecanismos más autocríticos y severos para lograr enseñanzas y resultados en la población tendían a presentar niveles de auto-compasión más bajos, sin embargo, independiente de la cultura, el lograr aumentar los niveles de auto-compasión, incrementaban la satisfacción vital y los beneficios psicológicos de los individuos (Neff et al., 2008).

Se ha planteado que la auto-compasión puede ser un objetivo de intervención eficaz en adolescentes con problemas de autoconcepto negativo y otras dificultades (Neff y McGehee, 2010). En estudios con intervenciones como los desarrollados por Gilbert y Procter (2006) en pacientes con altos niveles de autocrítica y sentimientos depresivos, se evidenció que la auto-compasión puede ser un elemento entrenable y con resultados muy positivos en las áreas de salud mental y en el manejo de los propios sentimientos difíciles. Del mismo modo, en los estudios de Neff (2003a), se

encontró que en un entrenamiento de tres semanas en auto-compasión para jóvenes universitarios llevaron a incrementos en niveles de optimismo y autoeficacia, disminución en la rumiación mental y mayor habilidad y claridad para reportar sus sentimientos negativos.

Considerando los resultados arrojados por las diversas investigaciones, existe ya un creciente interés en desarrollar herramientas y programas terapéuticos dedicados a intervenir y lograr un incremento en el nivel de auto-compasión en población no clínica y en pacientes con niveles altos de autocrítica (Araya & Moncada, 2012). Algunos de estos son el programa de Mindful Self-Compassion Training (MSC) desarrollado por Neff y Germer (2013), el entrenamiento de la mente compasiva de Gilbert y Procter (2006) y la terapia focalizada en la compasión de Gilbert (2009), entre otros. Estos programas han dado la pauta para desarrollar aplicaciones prácticas, como talleres y otras instancias para intervenir en auto-compasión basándose en sus conocimientos y aportes a la salud mental de la población (Araya & Moncada, 2012).

## **1.2. Autoeficacia**

El estudio sobre la autoeficacia fue iniciado por Alberto Bandura, siendo un elemento central dentro de la teoría social cognitiva. El autor, planteó a la autoeficacia como el juicio de las personas acerca de sus propias capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento y definió la importancia en variables como la motivación, inicio y mantención de los esfuerzos por conseguir cierto objetivo deseado (Bandura, 1997). De este modo, la autoeficacia determinaría la actitud que se toma frente a los retos, el esfuerzo y tiempo invertido en hacer frente a los desafíos emprendidos (Scholz, et al., 2002).

La autoeficacia sería entonces un concepto muy importante a la hora de definir porqué logramos más o menos éxito frente a los objetivos planteados. Así, nuestra percepción de la capacidad de ejecución de las tareas influiría inevitablemente en el resultado de la misma. Grimaldo (2005), menciona que la conducta de las personas resulta de la armonía existente entre las creencias de sí mismos, las habilidades y conocimientos que ellas tienen. De esta manera, en el marco de la teoría social cognitiva no existiría un determinismo lineal en los aprendizajes, sino una dinámica de interrelación entre los factores personales, conductuales y ambientales dando lugar a la experiencia y funcionamientos de la persona (Covarrubias, 2014; Olaz y Pérez, 2012).

Los procesos cognitivos para la construcción de la realidad y desarrollo de conductas serían producto de un proceso en el que se influyen mutuamente las percepciones de uno mismo, emociones, conductas y habilidades adquiridas. Es así que, el tener grandes conocimientos o habilidades no bastaría para pronosticar buenos logros, ya que las creencias o autopercepciones de estas habilidades influirían poderosamente en el uso y éxito de estas frente a una tarea u obstáculo (Canto y Rodríguez, 1998).

Del mismo modo, tampoco se podría predecir los resultados a través de la sola creencia de ser capaz sin las habilidades que median, para conseguir los logros deseados. En esta dinámica existirían procesos autorreferenciales capaces de modificar y guiar nuestro comportamiento frente a los diversos desafíos cotidianos. La autoeficacia no sería un optimismo poco realista, sino que consideraría a la experiencia y a las propias capacidades evitando tomar riesgos excesivos (Schwarzer, Baessler, Kwiatek, Schroder y Zhang, 1997).

El proceso de autorreflexión, permitiría a los individuos tener un locus de control interno capaz de regular sus propias experiencias y pensamientos. El ser humano es visto como producto y productor de su propio ambiente, con capacidad de modificarlo y actuar proactivamente (Canto y Rodríguez, 1998). Con este planteamiento, se traslada el foco de interés del objeto al sujeto, recalcando la importancia de los juicios personales y el papel central de éstos en la formación de la motivación y la dirección de la acción humana (Garrido, 1993)

Estos procesos autorreferenciales, influirían en la motivación y en la conducta a partir de 3 expectativas: 1) expectativa de la situación, donde los resultados son producidos por eventos ambientales independientes de la acción personal; 2) la expectativa del resultado, referida a la creencia que determinada conducta producirá un resultado particular; y 3) la expectativa de autoeficacia, considera la confianza que tiene un individuo en poder llegar a realizar una acción determinada con los resultados deseados (Olivari y Urra, 2007). De este modo, la percepción de autoeficacia tendría que ver directamente con la percepción de cómo se utilizaran los recursos personales en contexto y momento adecuado para conseguir cierto rendimiento deseado (Covarrubias, 2014).

De estas tres dinámicas, se plantea que es la expectativa de autoeficacia la capaz de influir en los sentimientos, pensamientos y conductas de las personas acercándolas de manera positiva a los objetivos particulares deseados. En términos de sentimientos, una persona con alto sentido de autoeficacia presentaría menos ansiedad y estrés al enfrentarse a dificultades, serían más positivas

y optimistas frente a sus capacidades y logros, así como también tenderán a tener mayor autoestima y autodeterminación. En términos del pensamiento, facilitaría la planificación de la acción, el desempeño cognitivo, influiría en la toma de decisiones y la consecución de los logros. En el área de la conducta, las personas con alta autoeficacia tendrían más participación en actividades sociales y más actitudes proactivas para mejorar su adaptación frente a las dificultades e influir de manera positiva en los variados acontecimientos de la vida cotidiana (Covarrubias, 2014; Covarrubias y Mendoza, 2013; Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer, 2005).

### **1.2.1. Mecanismos y fuentes de Autoeficacia**

Considerando lo anterior, la percepción de autoeficacia correspondería a un filtro muy relevante sobre qué hará la persona con sus conocimientos y habilidades. La percepción de capacidad permitiría regular las acciones y el desempeño, así como también, las aspiraciones, emociones y pensamientos asociados a las tareas emprendidas y las dificultades presentes en el recorrido (Olivari y Urra, 2007).

De acuerdo a la teoría social cognitiva, se plantean 4 fuentes a través de las cuales el sentido de autoeficacia se desarrollaría, estas son: **las experiencias de dominio**, relacionadas con las experiencias previas reales y los resultados obtenidos de estas. **Las experiencias vicarias**, sujetas al modelado y observación de un tercero ejecutando la tarea. Se plantea que entre más competente y similar el modelo a la persona, mayor será el impacto de la observación (Covarrubias, 2014). **La persuasión social**, que está constituida por la experiencia simbólica presente en la retroalimentación positiva de otros apoyando la capacidad de realizar la tarea. Aquí se valora la credibilidad del persuasor y su capacidad de generar cambios basada en datos reales (Camposeco, 2012). Por último, **las experiencias afectivas** o también llamadas fisiológicas, corresponden a los estados emocionales o fisiológicos tales como la ansiedad y el cansancio que pueden influir en si nos sentimos capaces o no de enfrentar las situaciones con éxito (Covarrubias y Mendoza, 2013).

Es posible entender que, al desarrollar cierta percepción de autoeficacia, ésta influenciará de manera positiva o negativa en los patrones de pensamiento y conducta de las personas, en los niveles de motivación y de perseverancia frente a las dificultades, así como también en la regulación de la propia conducta y en las elecciones que se realizan (Olaz y Pérez, 2012).

Para Bandura (1999), la autoeficacia influiría específicamente en el comportamiento humano a partir de la activación de ciertos procesos que fueron categorizados como:

- a) Procesos cognitivos, relacionados con la información arraigada en la persona a través de la cual pueden predecir, anticiparse a los desafíos y realizar elecciones conductuales determinadas. De este modo, las personas tenderían a elegir tareas donde se sientan capaces de resolver las dificultades y evitarían instancias donde no se observan tan competentes (Covarrubias, 2014).
- b) Procesos motivacionales, capaces de influir en la determinación de las metas, favorecer el esfuerzo y perseverancia en las tareas emprendidas.
- c) Procesos afectivos, corresponde al manejo o regulación de la propia conducta frente a situaciones de estrés y ansiedad asociada a las tareas, sin afectar a los propósitos establecidos. Se plantea que personas con altos niveles de autoeficacia generan percepciones más positivas y optimistas acerca de su posible desempeño, a la vez, son capaces de enfrentar las frustraciones desarrollando estrategias basadas en sus recursos para mejorar los resultados. Por el contrario, una pobre percepción de autoeficacia daría lugar a explicaciones personalizadas (no tengo las habilidades) o externalizaría la responsabilidad, haciendo culpable a factores ambientales (Gálvez, Chia y Valdez, 2005; Covarrubias, 2014).
- a) procesos selectivos, de modo que la autoeficacia permitiría seleccionar las conductas más adecuadas para conseguir los objetivos, permitiendo una actitud más activa, orientada a desarrollar nuevas tareas y emprender nuevos desafíos (Bandura, 1994; Bandura, 1999; Covarrubias, 2014).

Por otra parte, las creencias de autoeficacia podrían ser diferenciadas en función de su magnitud, fuerza o intensidad y generalidad (Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikail, Polanía y Rodríguez, 2005). La primera referida a la cantidad de cosas que una persona se considera capaz de hacer para enfrentar una dificultad o contratiempo. La fuerza o intensidad de la autoeficacia es entendida como el convencimiento y resolución de una persona respecto a lo que puede o no hacer. Mientras que la Generalidad constituye la posibilidad de que nuestras conductas de éxito y fracaso puedan ser extendidas a otras situaciones similares o a otros contextos.

Para Chen, Gully y Eden (2001), el gran grueso de los estudios se ha concentrado a investigar sobre las dimensiones de la magnitud y la fuerza de la autoeficacia, dejando a un lado la variable de la generalidad, siendo tomada por otro grupo de autores (Baessler y Schwarzer, 1996; Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer, 2005; Sohail, 2007) y constituyendo el constructo de la autoeficacia general.

### **1.2.2. Autoeficacia general**

La autoeficacia es comúnmente asociada a una situación particular y específica, así se han desarrollado estudios que buscan medir autoeficacia en contextos particulares como es el académico (Galicia, Sánchez y Robles, 2013; Ornelas, Blanco, Gastélum y Chávez, 2012); en habilidades sociales (Arancibia y Péres, 2007); desempeño docente (Chiang, Núñez y Huerta, 2005; Covarrubias y Mendoza, 2013), entre otros. Sin embargo, existen autores como Schwarzer y Jerusalem (1995) que plantean que la autoeficacia también puede darse en un plano global y estable, abarcando la percepción de sobre cuán efectiva es la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Luszczynska, Scholz, Sud y Schwarzer, 2005).

El concepto de autoeficacia general no estaría en oposición de la autoeficacia en dominio específico de Bandura. Más bien, pretende dar el espacio para estudiar las creencias de competencia frente a contextos más inespecíficos y en los que intervengan simultáneamente varios comportamientos o desafíos en un mismo objeto de estudio (Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer, 2005).

Schwarzer y colaboradores (1997), consideran que es evidente que la medición de autoeficacia de manera específica será útil para situaciones de medición donde el objeto sea igualmente específico y particular, como son, los casos de fobias o problemas con el desempeño académico particular en áreas como las matemáticas. Sin embargo, en casos donde se busquen apreciaciones y construcciones más globales, como en estudios de rasgos, depresión o donde las circunstancias estresantes afecten de manera global a las personas y por períodos más prolongados de tiempo, como en el caso de enfermedades y refugiados; en estos casos, la escala de autoeficacia general puede resultar ser un mejor predictor del bienestar personal. De esta manera, se consideraría a la autoeficacia general como un atributo interno positivo y estable frente a las diferentes demandas de la vida (Schwarzer, Baessler, Kwiatek, Schroder y Zhang, 1997).

La expectativa de autoeficacia intervendría en el sentido de control de acción personal y, por lo tanto, reflejaría un sentido de manejo sobre el entorno y capacidad de adaptación a las demandas del medio. El pensar “puedo hacerlo” modificaría el modo de sentir, pensar y actuar de las personas resultando en una mayor capacidad para responder, adaptarse, llevar una vida más activa y auto-determinada (Scholz et al., 2002).

La autoeficacia general sería mucho más resistente a las influencias del tiempo y estaría orientada a la medición de un aspecto más general y sostenido de aprendizaje de las personas sobre su apreciación de las propias capacidades. En este sentido, autoeficacia general y específica

aludirían a creencias sobre las propias habilidades para lograr los resultados deseados, pero variarían en el alcance del dominio contemplado (Cheng et al., 2001).

De esta manera, la autoeficacia general estaría formada con las mismas características de la autoeficacia específica, a través de experiencias continuas o intensas de acumulación de éxitos, persistencia de experiencias vicarias positivas, persuasión verbal y manejo de estados psicológicos adecuados. Y estos aprendizajes serían capaces de inducir cambios personales reestructurando el sistema de creencias del individuo plasmándose en diversos ámbitos de su funcionamiento (Chen et al., 2001).

En este contexto teórico, es creada la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996) que busca medir las creencias estables de competencia personal para manejar de manera eficaz una gran variedad de situaciones estresantes (Acosta, Padilla, Sánchez y Guevara, 2003; Brenlla et al., 2010). Esta escala permitiría estudios donde las mediciones se centraran en características más constantes y generales del ser humano, demostrando los dominios alcanzados para enfrentar demandas en una amplia variedad de contextos (Chen et al., 2001).

Se plantea que individuos con alta autoeficacia general serían más propensos a involucrarse positivamente en tratamientos que les exijan modificar sus hábitos y son más resilientes ante los fracasos. De este modo, la autoeficacia disminuiría los sentimientos negativos, como la ansiedad frente a las situaciones difíciles y amenazantes posibilitando el enfrentamiento y dominio de la situación (Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer, 2005).

El sentido de autoeficacia permitiría una sensación de control frente al propio comportamiento y circunstancias desafiantes modificando las propias respuestas en pos de conseguir los objetivos deseados. La autoeficacia percibida representaría la confianza que uno puede usar las habilidades necesarias para resistir la frustración, lidiar con el estrés, y movilizar los recursos necesarios para satisfacer las demandas situacionales (Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005).

La autoeficacia general promovería la utilización de un tipo de enfrentamiento centrado en la modificación de las circunstancias estresantes (Sanjuán, Pérez-García y Bermúdez, 2000) y en la disminución de las estrategias pasivas o de evitación (Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005).

### **1.2.3. Autoeficacia y otros conceptos**

Cuando hablamos de procesos autorreferenciales existen una gran cantidad de conceptos utilizados en psicología y que pueden dar lugar a dudas o confusiones. En este sentido, los constructos que presentan más similitudes son los términos de autoestima, autoconcepto y locus de control.

Autoestima relacionada constantemente a un aspecto emocional de la evaluación general de la propia imagen. Esta percepción podría o no estar relacionada con los resultados obtenidos, aunque es indudable que las acciones se ven influidas por las percepciones de valía personal tendiendo a orientar nuestros esfuerzos hacia las áreas donde nos sentimos más valiosos (Lozano, 2004).

En este aspecto, la autoeficacia estaría relacionada con la autoestima al otorgar un sentimiento de control y seguridad capaz de regular los sentimientos y mejorar nuestro desempeño dando un feedback positivo a nuestra autopercepción. No obstante, algunos estudios demuestran que, si bien existe correlación entre autoestima y resultados, como los académicos, no se puede definir como una relación directamente proporcional y, por lo tanto, no es capaz de definir en qué medida puede influenciar la valoración del sí mismo en la consecución de los objetivos (Aluicio y Revellino, 2010; Cid, Orellana y Barriga, 2010). Aunque la teoría avala que estudiantes con alta autoestima seguramente obtendrán mejores resultados en las tareas que se proponen, la autoestima no poseería el carácter prospectivo y predictivo de la autoeficacia (Luszczynska y Schwarzer, 2005).

Por otra parte, el Autoconcepto es planteado como un conjunto de autopercepciones que configuran la visión global que el sujeto tiene de sí mismo. Incorporaría datos concretos y directamente observables como aspectos físicos y datos demográficos. Influyendo en su construcción datos cognitivos y evaluaciones acerca de las propias capacidades y habilidades, así como aspectos autorreferenciales relacionados a la autoestima y valoración propia (Lozano, 2004). Luszczynska y Schwarzer (2005), destacan que la gran diferencia entre percepción de autoeficacia y autoconcepto de habilidades, radica en que esta última alude a una apreciación de competencia sin hacer referencia a ninguna acción posterior.

La teoría del locus de control permitiría evaluar si las consecuencias de las conductas son atribuidas a factores personales o factores externos (Covarrubias y Mendoza, 2014). De esta forma, las personas irían estructurando su experiencia en base a asumir responsabilidades, involucrarse en



sus propósitos siendo más proactivos y perseverantes o, por el contrario, tomando una actitud más pasiva en la formación de su futuro, asumiendo una causalidad externa a los resultados y circunstancias.

Si bien la identificación del locus de control parece ser un dato en sí muy relevante, no permitiría predecir conductas como sí se plantea con la percepción de autoeficacia (Covarrubias y Mendoza, 2014). Los estudios de locus de control interno y autoeficacia general en áreas de salud mostraron que, si bien estaban correlacionados, estas relaciones eran débiles y centradas en resultados específicos (Bonetti et al, 2001 citado en Luszczynska y Schwarzer, 2005). De igual forma, estudios que pretenden buscar predictores del aumento en la calidad de vida presentaron a la autoeficacia general como un mejor predictor que el locus de control interno en áreas de salud y de ajuste psicosocial (Gramstad, Iversen y Engelsen, 2001 citado en Luszczynska y Schwarzer, 2005).

A diferencia de los otros conceptos sólo la percepción de autoeficacia, al tener un carácter operativo y prospectivo, lograría proporcionar a la investigación explicación y predicción de la conducta humana (Luszczynska y Schwarzer, 2005).

#### **1.2.4. Estudios en Autoeficacia general**

La medición de la autoeficacia de manera global, al considerar un amplio espectro de las percepciones de las propias capacidades, permitiría tener una mayor aplicabilidad de los resultados obtenidos. Si bien, existen diferentes estudios relacionados con mediciones específicas de la autoeficacia, otras tantas investigaciones han demostrado la pertinencia de las mediciones globales en la investigación en jóvenes y otras poblaciones en períodos de cambios adaptativos relevantes en su ciclo vital (Espada, González, Orgilés, Carballo y Piqueras, 2012). A continuación se presentan algunos estudios de autoeficacia general (AEG) y los resultados encontrados de su influencia en la mejora del bienestar personal, calidad de vida y la relación con la consecución de metas.

En este ámbito, se encuentran los estudios de Rueda y Pérez-García (2004) quienes proporcionaron evidencia sobre correlaciones positivas entre la escala de AEG y las variables de bienestar y satisfacción. Estas correlaciones fueron mayores que las obtenidas en la escala que evaluaba rasgos de personalidad, de modo que al parecer las creencias de autoeficacia podrían tener mayor influencia en la satisfacción y el bienestar que las características estructurales de la personalidad. De esta forma, se plantea que niveles altos de autoeficacia favorecerían la realización de conductas promotoras de salud.

Estos resultados se condicen con la investigación realizada en estudiantes entre 18 y 27 años, mayoritariamente mujeres pertenecientes a terapia ocupacional de una universidad chilena. La investigación que relacionó las variables de asertividad, autoestima y autoeficacia, presentó hallazgos que demostraron la importancia de estos conceptos y su influencia mutua en la construcción de la estructura básica del sí mismo que potencia la calidad de vida y los logros futuros. Pese a las hipótesis teóricas, no se encontró una relación directamente proporcional entre las variables de autoestima y autoeficacia con los resultados del rendimiento académico, ante lo cual los autores se plantean que tal vez los procesos evaluativos a través de los cuales se obtiene el rendimiento académico no están necesariamente relacionados con el éxito académico y por lo tanto, tampoco con las variables psicológicas intervinientes en este (Alucio y Revellino, 2010).

Esta apreciación de la autoeficacia y su relación con constructos más globales también fue estudiada por Reina, Oliva y Parra (2010), encontrando datos relevantes sobre la relación de autoeficacia y el concepto de satisfacción vital en adolescentes españoles. En este estudio los datos obtenidos muestran que jóvenes con puntuaciones altas en autoeficacia tendían a sentir mayor satisfacción vital y autoestima. Asimismo, estos puntajes estaban relacionados con un estilo parental particular caracterizado por promover la socialización y por poseer actitudes más alegres y optimistas, potenciando la autonomía y la toma de decisiones por parte de los adolescentes.

Resultados similares se obtuvieron Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer (2005), recogiendo muestras de 5 países entre estudiantes, trabajadores e inmigrantes dando lugar a una muestra bastante homogénea en relación al objeto de investigación. Se encontraron relaciones positivas entre autoeficacia general y constructos relacionados con autoestima, optimismo, autorregulación y orientación hacia el futuro. Las creencias altas de autoeficacia se relacionaron con mayor autoestima, una mayor satisfacción en la vida y menor relación con estados de ansiedad, depresión e ira (Cid, Orellana y Barriga, 2010; Contreras et al., 2005; Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer, 2005).

En general, los estudios plantean que la autoeficacia general resulta ser el mejor predictor en casos de ajuste global, como en el caso de inmigrantes, donde deben someterse a diferentes variables de adaptación a su nuevo contexto, tendiendo a ser la autoeficacia más alta en adulto jóvenes y con pocas diferencias entre géneros, mostrándose ligeramente mayor en los hombres (Schwarzer et al., 1997; Scholz et al., 2002; Reina, Oliva y Parra, 2010). De la misma forma, las personas con alta autoeficacia tenderían a sentirse más dispuestas a involucrarse en situaciones de

cambio, desarrollando actitudes preventivas en el área de salud o motivándose a planificar y desarrollar estilos de afrontamiento más activos y adaptativos (Cid et al., 2010; Brenlla et al., 2010).

Con estos resultados estos autores plantean que la autoeficacia general y su referencia a la actitud positiva y proactiva está definido como un componente de la conducta humana y, por lo tanto, podría ser un buen predictor de una gran variedad de comportamientos orientados a beneficiar la salud mental de las personas (Sanjuán et al., 2000).

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Establecer si existe asociación entre las variables de Auto-compasión y Autoeficacia en los estudiantes de 1° y 5° de Odontología de la Universidad de Chile, matriculados y cursando ramos del segundo semestre académico 2016.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Describir los niveles de Auto-compasión en estudiantes de 1º y 5º año de Odontología de la Universidad de Chile, matriculados y cursando ramos del segundo semestre académico 2016, mediante la Escala de Auto-compasión de Neff.
2. Describir los niveles de Autoeficacia general en estudiantes de 1º y 5º año de Odontología de la Universidad de Chile, matriculados y cursando ramos del segundo semestre académico 2016, mediante la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer.
3. Comparar resultados de la evaluación de Auto-compasión según género, edad y nivel académico de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile, matriculados y cursando ramos del segundo semestre académico 2016.
4. Comparar resultados de la evaluación de Autoeficacia según género, edad y nivel académico de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile, matriculados y cursando ramos del segundo semestre académico 2016.
5. Analizar la asociación entre los resultados de la evaluación de Auto-compasión con los resultados de Autoeficacia en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile, matriculados y cursando ramos del segundo semestre académico 2016.

### III. HIPÓTESIS

- **H1:** Los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile que presenten puntajes altos en la escala de Auto-compasión presentaran, a la vez, puntajes altos en la escala de Autoeficacia.
- **H2:** Los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile que presenten puntajes bajos en la escala de Auto-compasión presentaran, a la vez, puntajes bajos en la escala de Autoeficacia.
- **H3:** Los hombres y las mujeres de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile obtendrán puntajes significativamente distintos en la escala de Auto-compasión.
- **H4:** Los hombres y las mujeres de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile obtendrán puntajes significativamente distintos en la escala de Autoeficacia general que las mujeres de la misma carrera.
- **H5:** Los estudiantes de Odontología de 1º año y 5º año de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile obtendrán puntajes significativamente distintos en la escala de Auto-compasión.
- **H6:** Los estudiantes de Odontología de 1º año y 5º años de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile obtendrán puntajes significativamente distintos en la escala de Autoeficacia general.

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Enfoque y diseño de la investigación

En el presente estudio se utilizó un enfoque cuantitativo donde se realiza una medición de las variables de auto-compasión y autoeficacia a través de la aplicación de los instrumentos psicométricos pertinentes. A la vez, corresponde a un diseño no experimental y transversal, donde no se manipula intencionadamente ninguna de las variables realizándose una medición única y en un momento determinado (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Los datos fueron obtenidos a través de un modelo de encuesta y tienen alcances exploratorios, descriptivos y correlacionales. A través de los datos obtenidos, por autoreporte, se estableció la relación existente entre las dos variables estudiadas y se realizaron comparaciones entre los resultados de las escalas y variables demográficas como género, edad y nivel de estudio de los participantes (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

### 4.2. Definición de las variables

*Variables de la Escala de Auto-compasión de Neff adaptación de Araya et al., (2014), correspondiente a la variable dependiente del estudio.*

a) Auto-compasión:

- *Definición conceptual:* capacidad de ofrecernos amabilidad y comprensión a nosotros mismos cuando estamos frente a situaciones de sufrimiento o sentimientos de incompetencia. Manteniendo una postura abierta y equilibrada frente a nuestras falencias, reconociendo en ellas nuestra naturaleza humana (Neff, 2012).
- *Definición operacional:* corresponde al promedio del puntaje total de las sub-escalas de la Escala de Auto-compasión de Neff. Considerando la inversión de los puntajes de las sub-escalas de Aislamiento y Juicio hacia uno mismo (Araya et al, 2014). Si bien, no se establecen parámetros métricos para definir los niveles altos, medios o bajos de auto-compasión, Saavedra (2014) propone 4 niveles de auto-compasión, bajo, medio bajo, medio alto y alto. Cuando los puntajes son menores o iguales a 2 lo designan como nivel bajo de auto-compasión. Cuando los puntajes son mayores que 2 y menores o iguales a 3 corresponderían a un nivel medio bajo de auto-compasión; cuando los puntajes son mayores que 3 y menores o iguales que 4 puntos se designa

el nivel medio alto; y finalmente, cuando los puntajes son mayores que 4 y menores o iguales que 5 se designa un nivel alto de auto-compasión.

b) Amabilidad hacia uno mismo

- *Definición conceptual:* amabilidad dirigida hacia uno mismo cuando las cosas salen mal o nos sentimos inadecuados (Germer & Simón, 2011).
- *Definición operacional:* corresponde al promedio de los resultados obtenidos en los ítems 5, 12 y 19 (Araya et al, 2014).

c) Juicio hacia uno mismo

- *Definición conceptual:* la actitud crítica, severa y hostil hacia uno mismo cuando estamos frente a situaciones de sufrimiento (Neff, 2003a).
- *Definición operacional:* corresponde al promedio de los resultados obtenidos en los ítems 1, 11, 16 y 21 (Araya et al, 2014).

d) Aislamiento

- *Definición conceptual:* sentimiento de desconexión de los otros y la humanidad. Sentimiento de ser el único que sufre y la vivencia de dolor en el mundo (Neff, 2011).
- *Definición operacional:* corresponde al promedio de los resultados obtenidos en los ítems 4, 13, 18, 24 y 25 (Araya et al, 2014).

e) Comprensión hacia uno mismo

- *Definición conceptual:* apreciación equilibrada y amable frente a los propios errores. Considerando una perspectiva amplia y aceptación frente a las dificultades personales (Araya et al, 2014).
- *Definición operacional:* corresponde al promedio de los resultados obtenidos en los ítems 15, 17, 23 y 26 (Araya et al., 2014).

*VARIABLES DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL (BAESSLER Y SCHWARZER, 1996), CORRESPONDIENTE A LA VARIABLE DEPENDIENTE DEL ESTUDIO.*

a) Autoeficacia General

- *Definición conceptual:* referida a la percepción global que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida diaria una amplia gama de situaciones estresantes (Schwarzer y Jerusalem 1995 citado en Padilla et al., 2006).
- *Definición operacional:* corresponde a la sumatoria de todos los puntajes obtenidos a partir de las respuestas en cada uno de los 10 ítems. Se establece que puntajes cercanos a 40 representan un alto nivel de percepción de autoeficacia general, mientras puntajes más cercanos a 10 reflejan un bajo nivel de autoeficacia general (Cid et al., 2010).

*VARIABLES DEMOGRÁFICAS, CORRESPONDIENTES A LAS VARIABLES INDEPENDIENTES DEL ESTUDIO.*

Las variables demográficas consideradas en este estudio corresponden a género, edad y nivel académico cursado.

**Género**, comprendido como el sentir psicológico de sí mismo como hombre o mujer (Spence, 1993). Operacionalmente responde a hombre o mujer.

**Edad**, tiempo cronológico de vida cumplido por el estudiante al momento de responder los instrumentos. Operacionalmente corresponde a los años cumplidos en el momento de la aplicación de los instrumentos.

**Nivel Académico**, considerando si el estudiante cursa ramos mayoritariamente de 1<sup>º</sup> o 5<sup>º</sup> año. Operacionalmente responde a la elección de 1<sup>º</sup> o 5<sup>º</sup>.

Estas variables son obtenidas por medio de autoreporte y son consideradas para caracterizar la muestra y analizar posibles diferencias entre las mediciones de auto-compasión y autoeficacia general en los estudiantes.

#### **4.3. Definición y características de la población**

La población de este estudio corresponde a estudiantes de 1<sup>º</sup> y 5<sup>º</sup> año de Odontología de la Universidad de Chile, matriculados y cursando ramos del segundo semestre académico 2016.



#### 4.4. Definición y tamaño de la muestra

Las unidades de análisis corresponden a los estudiantes de 1° y 5° año de la carrera de Odontología pertenecientes a la Universidad de Chile.

La selección de la muestra fue no probabilística e intencionada, implicando que la elección de participantes del estudio no depende de la probabilidad o del azar, sino que de la accesibilidad y voluntariedad de estos para participar en esta investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

La muestra final está conformada por 86 individuos, todos ellos estudiantes de 1° o 5° año de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile, estudiantes matriculados y cursando ramos del segundo semestre académico 2016. Estos estudiantes corresponden al 36.5% del total de la población de estudiantes matriculados en esta carrera año 2016.

De la muestra 37 corresponden a estudiantes de 1° año, de los cuales 25 son mujeres (entre 18 y 23 años de edad); y 12 son hombres (entre 18 y 21 edad). El grupo en total corresponde a un 34 % de su curso. Por otro lado, 49 estudiantes de la muestra son de 5° año, correspondientes a 39 % de su curso, donde 29 son mujeres (entre 22 y 27 años) y 20 son hombres cuyas edades están comprendidas entre 22 y 31 años.

Tabla 1

*Muestra según nivel académico y género de los participantes.*

<b>Curso</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>1° Odontología</b>	12	25	37
<b>5° Odontología</b>	20	29	49
<b>Total</b>	32	54	86

El promedio de la edad del total de la muestra es de 22,13 años (DS=3,22). El promedio de edad establecido de la muestra para 1º año de Odontología es de 19 años (DS=1,05), mientras que para 5° de Odontología el promedio establecido fue de 24,49 años de edad (DS=2,06).

## 4.5. Instrumentos utilizados

### 4.5.1. Escala de Auto-compasión de Neff (EAC):

Creada por Kristin Neff (2003a), utilizada originalmente en población estadounidense. La escala posee una alta consistencia interna ( $\alpha = 0,90$ ) y alta confiabilidad test-retest ( $r = 0,93$ ) en una aplicación con 3 semanas de diferencia (Neff, 2003a). Actualmente traducida y validada en Turquía (2008), China (2011), Alemania (2011), Grecia (2013) y Chile (2014) (Araya et al., 2014).

El instrumento corresponde a una escala de auto-reporte estilo Likert de 26 ítems, donde cada afirmación tiene una evaluación del 1 al 5 (casi nunca, ocasionalmente, la mitad de las veces, muy a menudo y casi siempre), reflejando el grado de aceptación ante la afirmación presentada.

La escala original, está destinada a medir los tres componentes principales de la auto-compasión establecidos por Neff correspondientes a: 1) Amabilidad hacia uno mismo frente al Juicio hacia uno mismo, 2) Humanidad compartida frente al Aislamiento y 3) Mindfulness frente a Sobre-identificación (Neff, 2003a). Estos componentes, a su vez, dan lugar a 6 sub-escalas, entendiendo que las sub-escala de Amabilidad hacia uno mismo, Humanidad Compartida y Mindfulness dan resultados orientados hacia la auto-compasión y, por lo tanto, entre más alto el resultado mayor auto-compasión. Mientras que los resultados de las sub-escalas de Juicio hacia uno mismo, Aislamiento y Sobre-identificación, proporcionan resultados en dirección contraria a la auto-compasión y cuyos valores deben ser invertidos para la evaluación total de la escala, entendiendo que 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 y 5=1. Para conseguir el resultado global de auto-compasión se deben obtener los promedios de cada sub-escala y luego, obtener un promedio general que representa el nivel global de auto-compasión del evaluado.

La adaptación en Chile de la EAC presentó algunas diferencias con el modelo de 6 factores presentado por Neff (2003a), diferencias que podrían darse por características idiosincráticas propias y que también mostraron otras adaptaciones en países como Alemania con un modelo de 5 factores y Turquía con el modelo de tres factores (Araya et al., 2014). En Chile, la escala mostró tener a la base 4 factores, obtenidos a través de un análisis de la varianza explicada, comunalidad de ítems y carga factorial. Se detallan a continuación:

- **Amabilidad hacia uno mismo**, describe la tendencia a ser amable y afectuoso con uno mismo. Explicó 7,38% de la varianza común (Musa, 2013). Integrado por los ítems 5, 12 y 19.

- **Juicio hacia uno mismo**, entendido como tener una postura crítica y disconforme con los propios comportamientos y actitudes. Explicó 5,38% de la varianza común (Musa, 2013). Integrado por los ítems 1, 11, 16 y 21.
- **Aislamiento**, relacionado con percibir sufrimiento y desconexión con los demás. Explicó el 33,64% de la varianza común (Musa, 2013). Integrado por los ítems 2, 4, 13, 18, 24 y 25.
- **Comprensión hacia uno mismo**, implica tener una perspectiva amplia y equilibrada de los errores propios. Hace hincapié en la posibilidad de reconocer las emociones sin sobredimensionarlas o menospreciarlas, teniendo apertura y tomando contacto con estas en una posición de ecuanimidad. Incluye algunas características del modelo original relacionado con la bondad hacia uno mismo y Mindfulness. Explicó un 3,02% de la varianza común (Musa, 2013). Integrado por los ítems 15, 17, 23 y 26.

Se puede apreciar que, de este modelo desarrollado, 3 factores corresponden al modelo original y el cuarto factor, denominado "*comprensión hacia uno mismo*", no se aleja de los factores teóricos originales. Según Souza y Hutz (2016), la auto-compasión tiene una íntima relación con la auto-comprensión, por lo que la auto-compasión busca la comprensión del propio dolor, sin juicio y con una postura amable. Requiere estar en contacto con el propio sufrimiento y, además, abrirse al reconocimiento de este sin la necesidad de evitarlo o generar estrategias que lo enmascaren. En esta versión, se observa que la nueva sub-escala agrupa ítems relacionados con Amabilidad hacia uno mismo, Mindfulness y Humanidad Compartida y, por lo tanto, en su definición también incorpora elementos de estos factores.

En relación a la modificación de la escala original, Araya et al, (2014) plantea que posiblemente existen diferencias culturales arraigadas a la base que pudieran generar cierta dificultad en la identificación y en la discriminación de algunos conceptos y factores dentro de esta prueba.

A continuación, la conformación de la escala de Auto-compasión de Neff (2003a) y la escala adaptada en Chile por Araya y colaboradores, (2014).

*Tabla de comparación escala original y versión chilena (Saavedra, 2014).*

Escala Auto-compasión Neff (2003a) Modelo 6 factores		Escala Auto-compasión Chile (Araya et al., 2014). Modelo 4 factores	
Sub-escalas	Ítems	Sub-escalas	Ítems
Amabilidad con uno mismo	5, 12, 19, 23, 26	Amabilidad con uno mismo	5, 12, 19
Juicio hacia uno mismo	1, 8, 11, 16, 21	Juicio hacia uno mismo	1, 11, 16, 21
Humanidad Compartida	3, 7, 10, 15	.....	.....
Aislamiento	4, 13, 18, 25	Aislamiento	2, 4, 13, 18, 24, 25
Mindfulness	9, 14, 17, 22	.....	.....
Sobre-identificación	2, 6, 20, 24	.....	.....
.....	.....	Comprensión hacia uno mismo	15, 17, 23, 26

Según la tabla presentada, se observa que el modelo chileno de 4 factores algunos ítems originales fueron reubicados y que los ítems 3, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 20 y 22 fueron desestimados porque no resultaban útiles al modelo establecido (Araya et Al., 2014).

El modelo de 4 factores resultante del análisis factorial exploratorio explicó el 49, 88% de la varianza común y mostró un adecuado ajuste al modelo teórico. La adaptación también presentó una buena consistencia interna con un alpha de Cronbach de .890 (Araya et al., 2014).

#### **4.5.2. Escala de Autoeficacia General de Baessler & Schwarzer (EAG):**

Al hablar de auto-eficacia, tradicionalmente, se refiere a una eficacia percibida frente a una situación en específico y a una tarea en particular. Sin embargo, Baessler y Schwarzer han estudiado la auto-eficacia como constructo global, que puede representar la creencia de un individuo sobre su capacidad para manejar una variada gama de situaciones complejas (Sanjuán et al., 2000). Este instrumento corresponde a un modelo de una dimensión que permite evaluar la autoeficacia general entendida como “el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes” (Espada, Gonzalvéz, Orgilés y Piqueras, 2012, pág. 358).

La primera versión de la escala fue desarrollada en Alemania en 1979 por Schwarzer y Jerusalem. Posteriormente, la versión revisada reduce de 20 a 10 los reactivos constituyendo la escala final traducida a 28 idiomas (Cid et al., 2010). En los estudios realizados para esta escala se encontraron valores de confiabilidad en un rango de 0.79 a 0.93 (centrándose en  $\alpha=.80$ ), mostrando una buena consistencia interna y estableciendo su validez de criterio a través de correlaciones positivas entre emociones como el optimismo y la satisfacción laboral. Y coeficientes negativos en correlaciones con depresión, ansiedad, estrés, agotamiento y problemas de salud a (Schwarzer, 2005; Acosta, Padilla, Sánchez y Guevara, 2003).

En la versión española de la escala existen dos adaptaciones muy utilizadas, la primera realizada por Baessler y Schwarzer en 1996, y otra construida por Sanjuán y colaboradores en el año 2000, cuyas modificaciones muestran un mayor desfase con el instrumento original. Por esta razón, en las validaciones tanto en Argentina como en Chile se han utilizado la versión de Baessler y Schwarzer (1996) que mostraría más semejanza cultural y comprensión de los reactivos (Cid et al., 2010; Brenlla et al., 2010).

Los datos psicométricos de la escala de Baessler y Schwarzer (1996) mostraron una alta consistencia interna de  $\alpha =0.81$  y en sus estudios de validez de criterio los resultados de autoeficacia presentaban una correlación positiva con optimismo ( $r=.57$ ) y negativa con depresión ( $r=-.42$ ) y ansiedad ( $r=-.43$ ) y se comprobó la presencia de un único factor en la escala que explicaba el 39% de la varianza total, destacando la similitud de los coeficientes con los obtenidos en la versión alemana del instrumento (Grimaldo, 2005). De esta misma forma, la validación argentina (2010) presento una apropiada consistencia interna ( $\alpha =0.76$ ) y, respecto a su validez, se establecieron relaciones significativas con estrategias de afrontamiento al estrés ( $r=.459$ ;  $p<.001$ ) y actividad ( $r=.393$ ;  $p<.001$ ) y con medidas de locus de control externo ( $r=-.293$ ;  $p<.001$ ) (Brenlla, et al., 2010).

El instrumento corresponde a una escala tipo Likert que consta de 10 ítems con puntajes que van desde los 10 puntos a los 40 puntos. La puntuación frente a cada reactivo es del 1 al 4, considerando la congruencia de su percepción en ese momento frente a la afirmación planteada, donde: **1 punto**= incorrecto; **2 puntos**=apenas cierto; **3 puntos**= más bien cierto y **4 puntos**=cierto.

El puntaje más alto corresponde a un nivel más alto de autoeficacia general percibida y, por el contrario, puntajes más cercanos a 10 reflejan un bajo nivel de autoeficacia.

Los estudios multiculturales desarrollados a partir de esta escala permiten inferir una buena consistencia interna y la existencia de validez convergente y discriminante (Brenlla, et al., 2010).

Además, se observa una correlación positiva del instrumento con constructos orientados a la salud mental y mejoramiento de la calidad de vida, mientras que presenta correlaciones negativas con neuroticismo, culpa, miedo a fallar y otros conceptos asociados al malestar psicológico, dando indicios de ser un instrumento con alta capacidad predictiva con capacidad de ser utilizada en ámbitos de salud mental gracias a la relación con estas variables y a su facilidad en aplicación (Brenlla, et al., 2010 ; Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000; Schwarzer, 2005).

Los estudios en Chile muestran consistencia interna y la confiabilidad de la escala para el estudio de validación ( $\alpha=0.84$ ), fue muy cercana a la encontrada en el idioma original. De esta forma, el instrumento aplicado en chilenos de ambos sexos, entre los 15 y 65 años, muestra un adecuado comportamiento psicométrico y resultados muy similares al estudio de validación en población española. Respecto a la validez estudiada se mostró una correlación positiva con autoestima ( $r=.305$ ;  $p<.01$ ) y con el estado de salud percibido  $r=.159$ ;  $p<.01$ ). También se demostró la contribución particular de cada ítem al puntaje general de la escala, confirmando que el instrumento posee una característica unidimensional (Cid, Orellana y Barriga, 2010).

#### **4.6. Procedimiento y análisis de la información**

Los procedimientos realizados en la presente investigación pueden resumirse en 3 etapas:

- 1) Difusión de la investigación.** A) En esta etapa se realizaron reuniones con autoridades de la Facultad de Odontología para dar a conocer la investigación e invitar a ser parte de este estudio. B) Posteriormente y dada la autorización del decano de la Facultad se procedió a pegar afiches informativos y entrega de volantes donde se daba a conocer la investigación sus objetivos y propósitos, además de entregar el link hacia la plataforma virtual donde se alojaron las encuestas. C) En un tercer momento dentro de la etapa de difusión, se realizó el envío de correos electrónicos masivos a estudiantes de 1° y 5° año de Odontología, invitándolos a participar del estudio explicitando la voluntariedad y confidencialidad de esta participación.
  
- 2) Aplicación de los instrumentos.** Para la aplicación de los instrumentos se optó por realizar las encuestas a través de una plataforma digital (Google Drive), donde se alojaron ambas encuestas digitalizadas. El procedimiento para acceder era dar clic a la dirección establecida, la cual dirigía automáticamente a un documento de bienvenida e información relevante de la investigación. Posteriormente se desplegaba el consentimiento informado donde al dar la autorización pertinente se daba acceso al estudiante a la lectura de los instrumentos y a las instrucciones

para responder los cuestionarios. Los datos obtenidos por esta plataforma digital eran automáticamente registrados en una hoja de cálculo donde se recogía cada respuesta obtenida, además de contener datos demográficos relevantes para el estudio, como curso, género y edad del participante.

**3) Análisis estadístico.** Una vez obtenidos los datos se realizó el análisis estadístico a través del programa R Studio Versión 0.99.893 – © 2009-2016 RStudio, Inc. Se realizó el análisis descriptivo de la muestra, obteniendo frecuencias, promedios y desviación estándar. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar la distribución de los datos, observándose una distribución simétrica de la muestra. Posteriormente se obtienen los puntajes de las escalas y sub-escalas de la escala de auto-compasión y de autoeficacia general diferenciando entre género, edad y nivel académico cursado de los participantes, para lo cual se utilizó el estadígrafo T de Student (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Se realiza también un análisis correlacional entre ambas escalas y entre las sub-escalas de auto-compasión y la escala de autoeficacia general, utilizándose la prueba de Pearson.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Análisis descriptivo

#### A) escala de Auto-compasión (EAC) y sub-escalas:

La consistencia interna de la escala fue mediante el coeficiente alpha de Cronbach, obteniendo un valor de .92, el cual puede considerarse alto.

En la tabla 3 se presentan los resultados obtenidos por la muestra total de 86 sujetos para la Escala de Auto-compasión (EAC), sin datos perdidos, arrojando una media de 2.93 puntos con una desviación estándar (DE) de  $\pm .79$ . Analizando los puntajes de las sub-escalas de la EAC, se observan los siguientes puntajes totales: Sub-escala Amabilidad hacia uno mismo obtuvo una media de 2.91 (DE:  $\pm 1$ ); sub-escala de Juicio hacia uno mismo presentó una media de 3.3 (DE:  $\pm .87$ ); sub-escala de Aislamiento presentó un puntaje promedio de 2.97 (DE:  $\pm .95$ ); y sub-escala de Comprensión hacia uno mismo obtuvo una media de 3.14 (DE:  $\pm .95$ ).

Tabla 3

*Puntajes obtenidos y Desviación Estándar en total de la muestra EAC y sub-escalas EAC.*

EAC	Media	Desviación Estándar
Amabilidad Hacia Uno Mismo	2.91	$\pm 1$
Juicio Hacia uno mismo	3.3	$\pm .87$
Aislamiento	2.97	$\pm .95$
Comprensión Hacia Uno Mismo	3.14	$\pm .95$
Escala Total de Auto-compasión	2.93	$\pm .79$

En la tabla 4 se presenta el análisis de la muestra y su composición según género. El puntaje total de la EAC obtenido por los hombres corresponde a un 3.13 (DE:  $\pm .76$ ), mientras que las mujeres obtuvieron una media de 2.81 (DE:  $\pm .79$ ). Por su parte, en la sub-escala de Amabilidad con uno mismo los hombres obtuvieron un puntaje de 3.03 (DE:  $\pm .96$ ) y las mujeres de 2.85 (DE:  $\pm 1.1$ ); en la sub-escala de Juicio hacia uno mismo la media para los hombres fue de 3.23 (DE:  $\pm .8$ ) y para las mujeres de 3.4 (DE:  $\pm .87$ ); en la sub-escala de Aislamiento el puntaje obtenido por hombres fue de



2.80 (DE:  $\pm 1.0$ ) y de las mujeres de 3.09 (DE:  $\pm .99$ ) y en la sub-escala de Comprensión hacia uno mismo la media fue de 3.52 (DE:  $\pm .93$ ) para los hombres y de 2.91 (DE:  $\pm .89$ ) para las mujeres.

Tabla 4

*Descripción de la escala según género de los participantes*

	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
	<b>N= 86</b>	<b>N= 32</b>	<b>N=54</b>
	M $\pm$ DE	M $\pm$ DE	M $\pm$ DE
<b>Amabilidad Hacia Uno Mismo</b>	2.91 $\pm$ 1	3.03 $\pm$ .96	2.85 $\pm$ 1.1
<b>Juicio Hacia Uno Mismo</b>	3.3 $\pm$ .87	3.23 $\pm$ .8	3.4 $\pm$ .87
<b>Aislamiento</b>	2.97 $\pm$ .95	2.80 $\pm$ 1.0	3.09 $\pm$ .99
<b>Comprensión Hacia Uno Mismo</b>	3.14 $\pm$ .95	3.52 $\pm$ .93	2.91 $\pm$ .89
<b>Escala Total de Auto-compasión</b>	2.93 $\pm$ .79	3.13 $\pm$ .76	2.81 $\pm$ .79

La tabla 5 presenta los puntajes promedios obtenidos en la EAC según el nivel académico de los estudiantes. Se obtuvieron puntajes totales de 2.90 con una DE  $\pm$  .65 para la muestra perteneciente a 1° de la carrera de Odontología y de 2.96 con una DE  $\pm$  .89 para sus pares de 5° año. El análisis de sub-escalas muestra las siguientes medias: sub-escala de Amabilidad hacia uno mismo de 2.89 (DE:  $\pm .99$ ) para 1° y de 2.93 (DE:  $\pm 1.15$ ) para 5°; Sub-escala de Juicio hacia uno mismo de 3.37 (DE:  $\pm .79$ ) para 1° y de 3.34 (DE:  $\pm .94$ ) para 5°; sub-escala de Aislamiento tiene una media de 3.13 (DE:  $\pm .91$ ) para 1° y de 2.87 (DE:  $\pm 1.0$ ) para 5°; y sub-escala de Comprensión hacia uno mismo de 3.2 (DE:  $\pm .77$ ) para 1° y de 3.1 (DE:  $\pm 1.07$ ) para estudiantes de 5° año.

Tabla 5

*Descripción de la escala según nivel académico cursado*

<b>Variables en Estudio</b>	<b>1 Año Carrera</b>	<b>5 Año Carrera</b>
	<b>N=37</b>	<b>N=49</b>
	<b>M ± DE</b>	<b>M ± DE</b>
<b>Amabilidad Hacia Uno Mismo</b>	2.89 ± .99	2.93 ± 1.15
<b>Juicio Hacia Uno Mismo</b>	3.37 ± .79	3.34 ± .94
<b>Aislamiento</b>	3.13 ± .91	2.87 ± 1.0
<b>Comprensión hacia Uno Mismo</b>	3.2 ± .77	3.1 ± 1.07
<b>Escala Total de Auto-compasión</b>	2.90 ± .65	2.96 ± .89

b) Escala de Autoeficacia General (EAG):

La consistencia interna de la escala fue mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de .84 para la muestra estudiada, considerándose un valor alto.

En la tabla 6 se presentan los resultados obtenidos en la escala de Autoeficacia General (EAG) para los 86 casos, sin datos perdidos. El puntaje total de la muestra obtuvo una media de 31.6 con una DE ± 4.5. Donde los hombres obtuvieron un puntaje promedio de 32.7 con una DE ± 4.24 y las mujeres de 30.9 con una DE ± 4.6.

Tabla 6

*Descripción de la escala total y según género de los participantes*

	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
	<b>N= 86</b>	<b>N= 32</b>	<b>N=54</b>
Escala de Autoeficacia General	31.6 ±4.5	32.7 ±4. 24	30.9 ±.4.6

En el análisis según nivel académico cursado, los sujetos pertenecientes a 1° año de la carrera obtuvieron una media de 31.7 con una DE  $\pm$  4.0, mientras que los pertenecientes a 5° año de la carrera su puntaje promedio fue de 31.55 con una DE  $\pm$  4.96. Véase tabla 7

Tabla 7

*Descripción de la escala según nivel académico cursado*

<b>Variables en Estudio</b>	<b>1 Año Carrera</b>	<b>5 Año Carrera</b>
Escala de Autoeficacia General	31.7 $\pm$ 4.0	31.55 $\pm$ 4.96

## 5.2. Análisis comparativo

Para el análisis de la distribución de la muestra se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La muestra obtenida se comporta como una curva normal, lo que permitió realizar los análisis estadísticos y comparaciones con pruebas paramétricas (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Véase tabla 8

Tabla 8

*Descripción de los análisis estadísticos según dimensiones de la escala de auto-compasión.*

<b>Prueba de Kolmogorov Smirnov</b>	
Amabilidad Hacia Uno Mismo	D= .11 P>.05
Juicio	D= .08 P>.05
Aislamiento	D= .07 P>.05
Comprensión Hacia Uno Mismo	D= .073 P>.05
Escala Total	D= .063 P>.05
Escala de Autoeficacia	D= .08 P>.05

Los siguientes análisis, mostrados en la tabla 9, corresponden a análisis de prueba T y correlación de Pearson, para observar la existencia de diferencias significativas y el comportamiento general de las variables género, edad y nivel académico cursado al relacionarlas según test y sub-test.

Tabla 9

*Análisis de significancia de las diferencias entre las pruebas aplicadas y variables a estudiar.*

<b>Variables</b>	<b>Genero</b>	<b>Nivel académico</b>	<b>Edad</b>
<b>Indicadores</b>	T (Student)		r (Pearson)
<b>Amabilidad Hacia Uno Mismo</b>	- .80 df=74	- .17 df=82	.025 P>.05
<b>Juicio</b>	1.01 df=61	.18 df=83	.00054 P>.05
<b>Aislamiento</b>	1.01 df=61	1.2 df=83	.096 P>.05
<b>Comprensión Hacia Uno Mismo</b>	<b>-2.99**</b> <b>df=62</b>	W 0.24 df=1,83	-.046 P>.05
<b>Escala Total</b>	-1.87 df=66	W .12 df= 1,83	.02 P>.05
<b>Escala Autoeficacia</b>	-1.85 df=70	0.21 df=83	-.10 P>.05

Según lo observado, no existirían diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable género en los resultados totales obtenidos en la escala de auto-compasión. Sin embargo, en la sub-escala de Comprensión hacia uno mismo, las mujeres tendrían un puntaje significativamente menor ( $t=-2.99$ ,  $p<.01$ ), respecto a sus pares hombres, con un intervalo de confianza entre -1.01 a -.02 puntos en dicha dimensión a nivel poblacional. El resto de las sub-escalas, tal como se muestra en la tabla 9, no presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable género.

Los resultados totales y para los de la sub-escalas no acusan diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad o nivel académico.

Similar comportamiento se observó en la escala de autoeficacia general donde no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas según género, edad o nivel académico cursado por los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile.

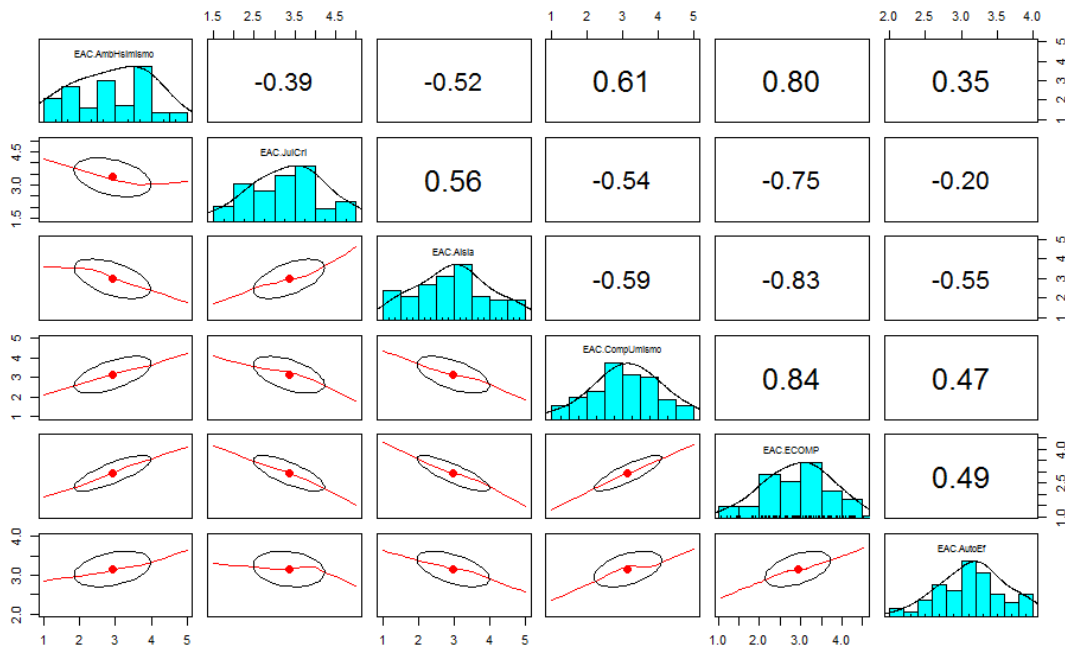
### 5.3. Análisis correlacional

La tabla 10 presenta el análisis correlacional donde se aplicó la prueba r de Pearson. Se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre todas las escalas y sub-escalas, mostrando una alta validez concurrente entre éstas (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

La relación entre la escala de Autoeficacia general y la EAC total presentan una correlación positiva de media magnitud ( $r=0.49$ ,  $p<.01$ ). La correlación entre la EAG y la sub-escala de Comprensión hacia uno mismo de la EAC presentó una correlación positiva de mediana magnitud ( $r=0.47$ ,  $p<.01$ ). La correlación entre la EAG y la sub-escala de Amabilidad hacia uno mismo presentó una correlación positiva de baja magnitud ( $r=0.35$ ,  $p<.01$ ). La correlación con la sub-escala de Aislamiento fue negativa y de magnitud media ( $r=-0.55$ ,  $p<.01$ ) y la correlación con la sub-escala de Juicio hacia uno mismo fue negativa y de baja magnitud ( $r=0.20$ ,  $p<.01$ ).

Tabla 10

*Análisis correlacional entre EAC, sub-escalas y EAG.*



## VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A continuación, se presentan las principales conclusiones desprendidas de la investigación realizada en estudiantes de 1° y 5° año de Odontología de la Universidad de Chile.

Si se toma la clasificación por niveles, propuesto por Saavedra (2014), el total de los estudiantes se encuentra en un nivel medio de auto-compasión. La sub-escala de Comprensión hacia Uno Mismo resultó ser la que más aportó al resultado final obtenido. Por otra parte, también se muestra una alta tendencia a enjuiciarse críticamente. Pese a ser comprensivos y tener una visión equilibrada de sus dificultades, el aumento de la postura crítica y culposa hacia sí mismo habría mantenido los puntajes en un nivel promedio.

No existieron diferencias significativas en el nivel general de auto-compasión entre los estudiantes hombres y mujeres. Esto se condice con los hallazgos presentados en la mayoría de las investigaciones realizadas de auto-compasión (Neff et al 2007, Neff et al, 2008, Iskender, 2009, Saavedra, 2014; Musa, 2013 y Domingo, 2015). La única dimensión en la que sí existieron diferencias, situando a los estudiantes por sobre sus pares mujeres fue la de Comprensión hacia Uno Mismo. Esto significa que los estudiantes varones tienen una actitud más amable que sus compañeras al enfrentar los errores, pudiendo mantener una perspectiva más amplia en la que se contextualizan las dificultades personales. Lo anterior se condice con lo encontrado por Neff (2003) y Souza & Hutz (2016) en sus estudios, en los que se observó que los hombres resultaban, en general, ser más comprensivos con sus errores y con las circunstancias adversas, siendo simultáneamente menos autocríticos y enjuiciadores de sus actos, lo que influiría directamente en los niveles de auto-compasión. En dichos estudios se encontró al mismo tiempo, que las mujeres manifestaban menos perspectiva en la comprensión global de sus circunstancias, que eran menos amables con ellas mismas y que desarrollaban una visión bastante culposa y autocrítica de la realidad. Estos resultados podrían atribuirse, por ejemplo, a la diferencia del rol social y al impacto de la cultura en la configuración de género. Sin embargo, habría que investigar estos y otros posibles factores que intervienen en la generación de esta diferencia.

Respecto al nivel alcanzado de autoeficacia por los estudiantes hombres y mujeres, no pareciera existir diferencias de relevancia entre ellos. Esto significa que los estudiantes, sin importar su género, perciben de manera similar su capacidad general para resolver situaciones estresantes y/o de dificultad.

En relación a cómo se comporta la auto-compasión respecto al nivel académico cursado y la edad de los estudiantes, los resultados encontrados en este estudio mostraron una tendencia a mantener los mismos niveles medios de auto-compasión total entre los estudiantes de 1° y 5° año de la carrera de Odontología. Aun cuando Neff (2003) plantea que los niveles de auto-compasión tenderían a aumentar a medida que se alcanza mayor madurez y con la obtención de mayor experiencia en la vida, existen estudios como los realizados por Neff y McGehhe (2010), que, de manera similar a este, no han encontrado diferencias relevantes entre distintos grupos etarios entre adolescentes asistentes a la secundaria y adultos jóvenes universitarios (Domingo, 2015). En otro estudio, realizado por Souza y Hutz (2016) en el que la muestra comprendía mayores rangos de edad, sí se encontró una correlación positiva entre auto-compasión y edad, mostrando que el grupo de entre 31 a 66 años de edad tendía a mayores grados de auto-compasión respecto al grupo de entre 17 a 30 años. En general, los estudios han concluido que recién después de los 29 años existen mayores niveles de auto-compasión respecto a grupos más jóvenes (Domingo, 2015; Neff & Vonk, 2009 citado en Souza y Hutz, 2016 y Musa, 2013). Lo anterior permite plantearse como hipótesis que las edades comprendidas en la muestra estudiada no alcanzan a representar un segmento distinto en el desarrollo para obtener resultados significativamente diferentes.

Caso similar ocurrió al evaluar autoeficacia general, donde tampoco se observaron diferencias entre los resultados obtenidos por los estudiantes de primer y quinto de la carrera, así como tampoco aparece una relación evidente entre la edad de los estudiantes y el nivel de autoeficacia alcanzado. No existen muchos estudios que evalúen esta variable, y los existentes tienden a hallazgos con diferencias leves, aunque no significativas, a favor de los grupos de más edad (Anicama, et al., 2012 y Brenlla et al. 2010). Souza & Hutz (2016) plantean que más que los años vividos es la interpretación de la experiencia la que actuaría como un factor relevante para el desarrollo de la autoeficacia. De esta forma, aunque equivocadamente se tendiera a pensar que la edad correlaciona con la experiencia de los individuos, suponiendo que a mayor edad es mayor la experiencia obtenida, es la experiencia misma y no la edad como tal, la que representa uno de los principales elementos para desarrollar las capacidades de control frente al estrés y ampliar los repertorios de respuesta influyendo de esta manera en la percepción de autoeficacia (Aguirre, Blanco, Rodríguez-Villalobos y Ornelas, 2015).

La homogeneidad obtenida para auto-compasión y autoeficacia general llama la atención si consideramos el alto monto de ansiedad y depresión encontrado en los estudiantes de los últimos años de la carrera (Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo, 2011). La hipótesis planteada esperaba que el

inicio de las prácticas clínicas y la necesidad de incorporar nuevas exigencias académicas y personales generarían cierta variabilidad en la sintomatología ansiosa y, por lo tanto, en los resultados de las pruebas aplicadas (Contreras et al., 2005 ; Neff & McGehee, 2010).

Considerando todo lo anterior, podemos mencionar que para esta muestra en particular las hipótesis planteadas 3 y 4 que planteaban la existencia de diferencias en torno al género de los estudiantes, fueron rechazadas. Frente a las hipótesis 5 y 6 los resultados también rechazan los planteamientos efectuados, mostrando los mismos niveles de auto-compasión y autoeficacia general, independientemente del año académico cursado.

Respecto a la principal pregunta de esta investigación ¿Cuál es la relación entre la auto-compasión y la percepción de autoeficacia general de los estudiantes de 1° y 5° año de Odontología de la Universidad de Chile? Podemos decir que los resultados obtenidos muestran que ambas variables están correlacionadas de manera positiva con rango moderado ( $r:0.49$ ,  $p<0.1$ ). Esto resulta coherente con las hipótesis 1 y 2 planteadas, que manifiesta que estas dos variables poseerían la misma direccionalidad. Los estudiantes de 1° y 5° año de Odontología de la Universidad de Chile, tenderían a tener mayor autoeficacia cuando aumentan también sus niveles de auto-compasión, especialmente si aumentan sus niveles de comprensión hacia sí mismos y se muestran mucho más abiertos, equilibrados y amables para interpretar sus errores y las circunstancias difíciles de su vida. Del mismo modo, al percibirse los estudiantes más capaces de desempeñarse exitosamente frente a circunstancias difíciles, ellos tenderían a ser también más amables consigo mismos y más comprensivos pese a obtener resultados no deseados.

Las sub-escalas que más aportarían a los niveles de auto-compasión corresponden a la Comprensión hacia uno mismo y de modo inverso el Aislamiento. De modo que, establecer una postura equilibrada y amable frente a las dificultades y la capacidad de no aislarse se relacionarían con un alto el nivel de auto-compasión global. Asimismo, el Aislamiento y la autoeficacia general en los estudiantes parecen estar relacionados inversamente. Mientras que la Comprensión hacia uno mismo sería un factor relevante en la relación de estas dos escalas. Esto implicaría que aquellos estudiantes que se aíslan menos y que puedan reconocer sus dificultades de manera equilibrada y considerarlas como parte del desarrollo humano, más capaces se tienden a percibir a sí mismos. Estas observaciones son respaldadas por la teoría, donde se plantea que la sensación de competencia de los estudiantes tiene mucha relación con la experiencia interna frente al fracaso, como es el caso del miedo o la frustración (Neff et al., 2005). Es decir, aquellos estudiantes que



tienden a frustrarse, vivenciar sus fallas de manera aislada y sobreidentificarse con sus errores tenderían a conductas más evitativas, mermando su capacidad de enfrentamiento y, por lo tanto, su percepción de autoeficacia (Souza & Hutz, 2016; Leary et al., 2007). Neff et al. 2005 también plantea que aquellos estudiantes que desarrollaban un aprendizaje a través de la curiosidad en vez de estar centrados en el rendimiento muestran mayor tolerancia y persistencia en las conductas, entendiendo las fallas y fracasos como parte del aprendizaje y no como algo limitante y desmotivador. De esta forma, en sus estudios encontró que auto-compasión correlacionaba positivamente con variables internas relacionadas con percepciones y disposición frente a los desafíos de aprendizaje como son las metas de dominio y la motivación intrínseca.

De esta manera, y considerando la relación directa establecida entre estas dos variables podemos plantear que la auto-compasión al igual que la autoeficacia general podrían ser importantes predictores de salud mental y de un enfrentamiento saludable y activo frente al estrés propio de un ambiente universitario como el estudiado. Teóricamente podría permitir un desarrollo integral del estudiante, considerando aspecto poco trabajados comúnmente como parte de la malla curricular oficial. Permitiendo a los estudiantes realizar una la evaluación equilibrada de sus habilidades, reconociendo tanto recursos como falencias en una orientación activa hacia el mejoramiento de su desempeño global. En conjunto sería esperable la disminución de conductas poco productivas como la dilación, la autocomplacencia y el perfeccionamiento neurótico (Conway, 2007 en Iskender, 2009).

El incorporar el término de auto-compasión en ambiente académico nos invita a reflexionar sobre el sistema de enseñanza- aprendizaje más tradicional, muchas veces imperante en carreras tradicionales, que utilizaría con frecuencia para incentivar el aprendizaje, la autocrítica, el reproche y la sobrevaloración de los errores (Iskender, 2009). Tomando en cuenta la alta exigencia académica de la carrera de odontología, pareciera ser relevante fomentar en la formación profesional de estos estudiantes la importancia de valorar la amabilidad, la comprensión y el no enjuiciamiento, tanto hacia con los demás (los pacientes), como hacia sí mismos.

Sería interesante brindar un espacio psicoterapéutico donde se fomente la reflexión sobre cómo se relacionan con el fracaso, disminuyendo el foco en la evitación del fracaso mismo, y evaluar cómo influye esta experiencia en la dirección de sus acciones y consecución de los objetivos. De este modo, el objetivo terapéutico debe considerar dar espacios para potenciar la apertura, la

amabilidad y obtener una visión equilibrada en los momentos en los que han sentido que han fallado o cuando se han vivenciado incompetentes.

Este estudio aporta evidencia exploratoria y representa una puerta de entrada para futuras investigaciones de auto-compasión en ambientes académicos de exigencia. Evidentemente la muestra de este estudio debe ampliarse e incorporar otras variables relevantes para caracterizar y mejorar, eventualmente, la realidad de los estudiantes de esta población.

Se sugiere reevaluar niveles de ansiedad, depresión y malestar psicológico para conocer el estado real y el impacto que pudiera tener en estas variables cualquier intervención a realizar en auto-compasión. A la vez, detectar cualitativamente otras dificultades relacionadas con el malestar psicológico, a modo de obtener información más específica y complementaria que permita diseñar, desarrollar y evaluar el impacto de intervenciones concretas al respecto.

Dentro de los objetivos futuros también se plantea el realizar comparaciones entre la muestra ampliada de estudiantes y los resultados otorgados en los estudios de validación de las escalas. En este sentido, conocer la posición actual de esta población frente a la auto-compasión y autoeficacia general respecto a los puntajes obtenidos en otras mediciones en Chile y en el extranjero.

## VII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Acosta, B., Padilla, L., Sánchez, E., Guevara, M. (2003). Autoeficacia general percibida en México y España. *Revista Encuentros en Psicología Social*, 1(3):69-72,16. ISSN 1697-0489.
2. Aguirre, J. F., Blanco, J. R., Rodríguez-Villalobos, J. M., & Ornelas, M. (2015). Autoeficacia General Percibida en Universitarios Mexicanos, Diferencias entre Hombres y Mujeres. *Formación Universitaria*, 8(5), 97-102. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062015000500011>
3. Aluicio, G. & Revellino, M. (2011). Relación entre Autoeficacia, Autoestima, Asertividad y Rendimiento Académico en Estudiantes que Ingresaron a Terapia Ocupacional, el Año 2010. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 3-17.
4. Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R. y Tomás, A. (2012). Autoeficacia y salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima. *Revista Psicología Trujillo (Perú)* 14(2), 144-163. Universidad Nacional Federico Villarreal y Universidad Autónoma de Lima.
5. Antúnez, Z. & Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile*; 141: 209-216. Accedido en 26 sept. 2015. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010>.
6. Arancibia, G. y Péres, X. (2007). Programas de Autoeficacia en Habilidades sociales para Adolescentes. *AJAYU* 2007, V5 (2) ,133-155. Recurso electrónico accedido 30 Agosto, 2015 de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v5n2/v5n2a1.pdf>
7. Araya C. & Moncada L. (2012). Auto-Compasión. Origen, Conceptos y Evidencias Preliminares. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
8. Araya, C., Moncada, L., Fauré, J., Mera, L., Musa, G., Cerda, J, Fernández, M., Araya, P., Becerra, M., Castillo, R., Concha, F. & Brito, G. (2014) (en prensa). Adaptation and Validation of the Self-Compassion Scale in a Chilean Context. Universidad de Chile, Santiago de Chile.
9. Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general [Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2 (1), 1-8.
10. Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clínica y Salud*, V.20, N.2, pp.177-187.

11. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed). Encyclopedia of human behavior (vol.4, 71-81). New York: Academic Press (Reprinted in H. Friedman Ed. Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press, 1998).
12. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman.
13. Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.), *Autoeficacia. Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp.19-54). Bilbao: Descleé De Brouwer.
14. Barnard, L.K., & Curry, J.F. (2011). Self- Compassion: Conceptualizations, correlates and interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303.
15. Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M. y Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Revista interdisciplinaria*, 27 (1), 77-94.
16. Burgos, M. (2004). Calidad de vida y estrés de los estudiantes de la Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile, 2 semestre académico 2003. Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
17. Camposeco, F. (2012). La autoeficacia como variable en la motivación intrínseca y extrínseca en Matemáticas a través de criterios étnicos. Tesis doctoral de la Universidad Complutense de Madrid.
18. Canto y Rodríguez, J. (1998). Autoeficacia y Educación. *Educación y ciencia*, 2(4), 45-53.
19. Cárcamo M. & Moncada, L. (2010). Un Nuevo Concepto para la Comprensión e Intervención en Psicología y Psicoterapia: Mindfulness o Atención Plena. *Gaceta Universitaria* 23 (8:12), pp. 14-21.
20. Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods*, 4 (1), 62-68.
21. Chiang, M., Núñez, A. & Huerta, P. (2005). Efecto del clima organizacional en la autoeficacia de los docentes de instituciones de educación superior. *Horizontes empresariales*, 1(4), pp. 61-74.
22. Cid, P., Orellana, A. y Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica Chile*; 138: 551-557.
23. Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., y Rodríguez, A., (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas*, (1, 002), pp. 183-194. Bogotá, Colombia.

24. Corsini, G., Bustons, L., Fuentes, J. y Cantín, M. (2012). Niveles de Ansiedad en la comunidad Estudiantil Odontológica. Universidad de La Frontera, Temuco-Chile. *Int J Odontostomat.*2012; 6819:51-57.
25. Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, M., Hernández, M. & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 105-112.
26. Covarrubias, C. 2014. El sentimiento de autoeficacia en una muestra de profesores chilenos. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid.
27. Covarrubias, C. y Mendoza, M. (2013). La Teoría de Autoeficacia y el Desempeño Docente: el caso de Chile. *Hemispheric & Polar Studies Journal*, v4 n°2, pp107-123. ISSN0718-9230.
28. Dalai Lama (2002). *El arte de la Compasión, la práctica de la sabiduría en la vida diaria*. Barcelona. Grijalbo.
29. Dávila, A., Ruiz, R. Moncada, L. y Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista Psicología*, 20 (2):147-172.
30. Domingo, M. 2015. Ansiedad de ejecución, atención plena, autocompasión, rendimiento y satisfacción académica en estudiantes de música de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD. Tesis doctoral, Universidad de Valencia, Facultad de Psicología. Valencia, España.
31. Erazo, M. & Jiménez, M. (2012). Dimensiones Psicopatológicas en Estudiantes Universitarios. *Revista CES Psicología*. 5 (1). 65-76.
32. Espada, J.P., González, M.T., Orgilés, M., Carballo, J.L. y Piqueras, J.A. (2012). Validación de la Escala General de Autoeficacia con adolescentes españoles. *Electronic Journal Educational Research*, 26, 1,355-370.
33. Ferguson, L., Kowalski, K., Mack, D. & Sabiston, C. (2014). Exploring self-compassion and eudaimonic well-being in young women athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 36, 203–216.
34. Galicia, I., Sánchez, A. y Robles, F. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología*, 2013. Vol.29 (2), 491-500.

35. Gálvez, E., Chia, N., & Valdez, J. (2005). Género, ansiedad social, autoeficacia general y autoeficacia en situaciones sociales. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6 (1): 43 - 54.
36. Gálvez, J. (2012). Revisión del concepto psicológico de la autocompasión. *Medicina Naturista*. Vol. 6, N°1, 2-4. ISSN: 1576-3080.
37. Garrido, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema*, 5: 337-347.
38. Germer, C. K. (2011). *El poder del Mindfulness*. Paidós, Barcelona
39. Germer, C.K., & Simón, V. (2011). Compasión y autocompasión, en "Aprender a practicar Mindfulness". Sello Editorial. Barcelona.
40. Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199-208.
41. Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
42. Grimaldo, M. (2005). Propiedades Psicométricas de la escala de Autoeficacia General de Baessler & Schwarzer. *Revista Cultura* 19. 213-29
43. Heffernan, M., Griffin, M.T.Q., McNulty, S.R., Fitzpatrick, J.J., (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *Int. J. Nurs. Pract.* 16(4), 366–373.
44. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 4ta. Edición. (Orig. 1998).
45. Iskender, M. (2009). The Relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in turkish university students. *Social Behavior and personality*, 377 (5), 711-720.
46. Leary M., Tate, E., Adams, C., Allen, A., Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.
47. Lozano, S. (2004). Validación del modelo estructural y de medida de la auto-eficacia y las dificultades en el proceso de toma de decisión de la carrera. Tesis Doctoral (inédito). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
48. Luszczynska, A. Scholz, U. y Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *Journal of Psychology*, 139,439-457.
49. Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). Multidimensional health locus of control: Comments on the construct and its measurement. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 633-642.

50. Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
51. Manrique, G., Chia, S. y Valdez, P., (2005). Género, ansiedad social, autoeficacia general y autoeficacia en situaciones sociales. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 6,43-54.
52. Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
53. Micin, S. & Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Revista Terapia Psicológica*, Vol. 29, N° 1, 53-54.
54. Musa, G. (2013). Mindfulness y autocompasión. Un estudio correlacional en estudiantes universitarios. Tesis de la Universidad de Chile para optar a título de Psicólogo.
55. Misrachi, C., Ríos, M., Manríquez, J., Burgos, C. & Ponce, D. (2015). Fuentes de estrés percibidas y rendimiento académico de estudiantes de Odontología chilenos. Fundación Educación Médica.
56. Neff, K. & Costigam, A. (2014). Self-Compassion, Wellbeing, and Happiness. *Psychologie in Österreich*, 114-117.
57. Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
58. Neff, K. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
59. Neff, K. (2012). *The science of self-compassion*. In C.G.R Siegel (Ed.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. New York Guilford Press.
60. Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Compass*, 5, 1-12. <http://self-compassion.org//self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/Self-compassion-and-Well-being.pdf>
61. Neff, K. D., & Lamb, L. M. (2009). Self-Compassion. In S. Lopez (Ed.), *the Encyclopedia of Positive Psychology* (pp. 864-867). Blackwell Publishing
62. Neff, K., Kirkpatrick, K. & Rude, S. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and Personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.

63. Neff, K., Pisitsungkagarn, K. & Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267-285.
64. Neff, K.D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resiliency among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), pp 225-240.
65. Olaz, F. y Pérez, E. (2012). Creencias de Autoeficacia: Líneas de investigación y desarrollo de escalas. *Revista Tesis*, 2(1). Recuperado de <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/tesis/article/view/2881>
66. Olivari, C. y Urra E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc. enferm.* 2007, vol.13, n.1, pp. 9-15. ISSN 0717-9553.
67. Ornelas, M., Blanco, H., Gastélum, G y Chávez, A. (2012). Autoeficacia Percibida en la conducta Académica de Estudiantes Universitarias. *Formación Universitaria* V.5 (2), 17-26.
68. Padilla, J.L., Acosta B, Guevara, M., Gómez, J. y González, A. (2006). Propiedades Psicométricas de la versión española de la Escala de Autoeficacia General aplicada a México- España. *Revista mexicana de psicología*. 23, 245-252.
69. Pérez, F. y Cartes-Velásquez, R. (2015). Estrés y burnout en estudiantes de Odontología: una situación preocupante en la formación profesional. *EDUMECENTRO* 2015; 7(2):179-190.
70. Persinger, J. (2012). An alternative to self-esteem: Fostering self-compassion in youth. *Communique*, 40(5), 20-23.
71. Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. y Richart, M. (2001). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. *Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante*. <http://www.biblioteca.org.ar/libros/88711.pdf>
72. Reina, M., Oliva, A. y Parra A. (2010). Precepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. Universidad de Sevilla. *Psychology, Society & Education* 2010. V2n.1, pp47-59.
73. Reyes, D. (2012). Self-compassion: a concept analysis. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30(2), 81-89.
74. Rioseco, P., Valdivia, S., Vicente, B., Vielma, M. y Jerez, M. (1996). Nivel de salud mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría*, 11 (3). 158-165.
75. Rueda, B., y Pérez García, A.M. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: Influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 205-219.



76. Saavedra, C. (2014). Ayahuasca y Auto-compasión: Un Estudio Cuantitativo en la Iglesia del Santo Daime en Santiago de Chile. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
77. Sanjuán P., Pérez, A. y Bermúdez J. (2000). Escala de Autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, (2), 509-513.
78. Scholz, U., Gutierrez-Doña, B. Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 241-51.
79. Schwarzer, R. (2005). Everything you always wanted to know about the self- efficacy scale but were afraid to ask. Recurso electrónico accedido 06 septiembre, 2015 de [userpage.fu-berlin.de/~health/faq\\_gse.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf)
80. Schwarzer, R., Baessler, J., Kwiatek, P., Schroder, K. y Zhang, J.X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 69-88.
81. Schwarzer, R., Mueller, J., & Greenglass, E. (1998). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, 145-161.
82. Serrano, C. (2012). Diagnóstico de clima educacional, carrera de Odontología, Universidad de Concepción. *Rev Educ Cienc Salud*.2012; 9(1):43-49.
83. Simón, V. (2010). Mindfulness y Psicología: Presente y Futuro. *Información Psicológica*, 162-172.
84. Sohail, S. (2007). Sherer et al. General Self-Efficacy Scale :Dimensionality, Internal Consistency, and Temporal Stability .Proceedings of the Redesigning Pedagogy: Culture, Knowledge and Understanding Conference, Singapore, May 2007.
85. Souza, L. K. & Hutz, C.S, (2016). Self-Compassion in Relation to Self-Esteem, Self-Efficacy and Demographical Aspects. *Paideia may-aug*. Vol26, N° 64, 181-188.doi:10.1590/1982-43272664201604.
86. Spence, J. (1993). Gender-related traits and gender ideology: Evidence for a multifactorial theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 624-635.
- 87.