**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



**Perfil de proyecto de investigación: Traducción y Adaptación de la escala The Sussex-Oxford Compassion Scale for the Self en estudiantes universitarios peruanos de Lima**

Por:

Mauro Alonso Elguera Cuba

Jhairy Delia Mandamiento Atahuachi

Sheyla Brillith Sanchez Guerrero

Asesor:

Lic. Aaron Italo Travezaño Cabrera

**Lima, mayo del 2024**

# Planteamiento del Problema

## 1.1 Justificación

Los estudiantes universitarios pueden presentar problemas de salud mental o estar expuestos a factores de riesgo que podrían hacerlos proclives de desarrollarlo (Sheldon et al., 2021), siendo muy común trastornos de ansiedad y de depresión (Otero-Zapata et al., 2021).

En el Perú, alrededor de la mitad de los universitarios presenta entre 3 y 6 indicadores tanto para ansiedad y depresión (Sánchez Carlessi et al., 2021); también se encontró que, en 16 departamentos del Perú 1 de cada 6 universitarios padecían de ansiedad, mientras que 1 de cada 7 sufrían depresión (Mejia et al., 2022), siendo estos problemas de salud mental relacionados con el abandono de los estudios (Auerbach et al., 2016). También se sabe que, ante algún tipo de fracaso académico, los estudiantes universitarios suelen ser muy duros consigo mismos ante el fracaso; por ello, es necesario que los universitarios puedan desarrollar estrategias de afrontamiento para disminuir las sensaciones de estrés, ansiedad y depresión (Moreno, Chiecher & Paolono, 2019).

Ante esto, la autocompasión puede ser útil para mejorar la adaptación académica porque promueve una actitud de amabilidad hacia uno mismo y de conexión con los demás (Finlay-Jones et al., 2023) para aliviar el dolor que uno mismo siente ante el fracaso, la percepción de insuficiencia y/o ante las situaciones angustiantes (Neff, 2023). Adicionalmente, se conoce que la autocompasión juega un papel activo e importante en la salud mental y existe una fuerte evidencia en relación con el bienestar (K. D. Neff et al., 2018; Phillips & Hine, 2021; Zessin et al., 2015).

Concerniente al contexto universitario, se encontró que la autocompasión está asociada positivamente con estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y negativamente con estrategias orientadas a la evitación (Neff et al., 2005), también con la salud mental como una vía de orientación del apego (Raque-Bogdan et al., 2011) y como un mediador entre el apego ansioso y el bienestar subjetivo (Wei et al., 2011).

En el Perú, se cuenta con solo dos estudios que exploran las propiedades psicométricas de la variable autocompasión, pero presentan algunas observaciones: en el primer estudio (Travezaño-Cabrera & Elguera-Cuba, 2022), se encontró que la estructura factorial difiere del modelo original propuesto de 6 factores (Raes et al., 2011); y en el segundo estudio, la escala no presenta un adecuado valor para la consistencia interna en la dimensión de humanidad compartida (Ardela-Cabrera & Olivas Ugarte, 2019).

En ese sentido, en la actualidad no se cuenta con un instrumento que contenga propiedades psicométricas adecuadas y que sean congruentes con la estructura factorial original; y adicionalmente, no se cuentan con estudios sobre intervenciones relacionadas con este constructo.

Por lo que la adaptación de Sussex-Oxford Compassion Scale for the Self (SOSC-S) permitirá medir de forma apropiada este constructo y facilitar el camino para desarrollar futuras intervenciones basadas en evidencia en población universitaria que solucionen esta problemática.

## 1.2 Estado del Arte

La escala The Sussex- Oxford Compassion Scale for the Self (SOCS-S) ha sido diseñada junto con The Sussex-Oxford Compassion Scale for Others (SOCS-O) en el estudio original y ambas presentan adecuadas propiedades psicométricas (Gu et al., 2020). El estudio atravesó varios niveles para el desarrollo y evaluación psicométrica: La fase 1: generación de ítems y revisión; la fase 2: reducción de ítems; la fase 3: validación de las estructuras factoriales usando el AFC y fase 4: la validación cruzada de estructuras factoriales mediante AFC.

Para la fase 3, se realizó un análisis factorial confirmatorio en una muestra de 1216 personales de atención médica a partir de un modelo de un factor (CFI= .633; RMSEA= .142; NNFI= .596; SRMR= .132), de 5 factores (CFI= .947; RMSEA= .056; NNFI= .937; SRMR= .050) y de 5 factores jerárquicos (CFI= .939; RMSEA= .059; NNFI= .930; SRMR= .068). También se obtuvieron los valores de confiabilidad en una muestra de 1319 personales de atención médica para la escala total (alfa de cronbach= .93 y coeficiente omega= .97) y sus dimensiones respectivamente: Reconocer el sufrimiento (.88 y .88), Entender la universalidad del sufrimiento (.92 y .92), Sentir compasión por la persona que sufre (.84 y .85), Tolerar sentimientos incómodos (.75 y .74) y Actuar o ser motivado a actuar para aliviar el sufrimiento (.91 y .92).

Para la fase 4, con los mismos modelos respectivamente y para una muestra de 371 estudiantes (Modelo de un factor: CFI= .580; RMSEA= .156; NNFI= .530; SRMR= .155; Modelo de 5 factores: CFI= .930; RMSEA= .065; NNFI= .917; SRMR= .069; Modelo de 5 factores jerárquicos: CFI= .925; RMSEA= .067; NNFI= .914; SRMR= .084). Asimismo, los valores de confiabilidad se obtuvieron a partir de la misma muestra para la escala total (alfa de cronbach= .91 y coeficiente omega= .97) y sus dimensiones respectivamente: Reconocer el sufrimiento (.85 y .85), Entender la universalidad del sufrimiento (.91 y .91), Sentir compasión por la persona que sufre (.84 y .85), Tolerar sentimientos incómodos (.72 y .73) y Actuar o ser motivado a actuar para aliviar el sufrimiento (.90 y .90).

Respeto a las evidencias de validez convergente y discriminante correspondiente a la muestra de personal de atención médica (fase 3) la escala SOCS-S mostró correlaciones significativas con las escalas SCS-12 (r=.65), FFMQ-15 (r=.55), SWEMWBS (r=.57), y con todas las subescalas de DASS (r=-.43; r=-.36; r=-.45) y MBI-HSS (r=-.34; r=-.36; r=.31); mientras que para la muestra de estudiantes (fase 4), SOCS-S mostró correlaciones significativas con SCS-12 (r=.63), FFMQ-15 (r=.57), SWEMWBS (r=.54) y con todas las sub escalas DASS (r=-.39; r=-.39; r=-.49) respectivamente. Asimismo, con relación a los efectos suelo/techo se obtuvieron valores que capturan variabilidad en las respuestas.

En Holanda (de Krijger et al., 2022), se aplicó a 1059 personas, divididas en tres muestras diferentes, primero voluntarios de la línea de crisis (560) con un rango de edad de 22 a 87 años y la mayoría eran mujeres, personal militar (244) con un rango de edad entre 20 a 61 años y la mayoría eran hombres, y estudiantes de primer año de enfermería (255) con un rango de edad de 17 a 50 años y la mayoría eran mujeres, estas muestras fueron elegidas por no ser similares en composición ni características, pero si por su sentido de servicio y responsabilidad. Para la estructura factorial se realizó un AFC utilizando un punto de corte liberales y conservadores para CFI, RMSEA y SRMR. Se realizaron análisis factoriales confirmatorios CFA en las tres pruebas, el modelo correlacionado de cinco factores (0,48 – 0,90) y el modelo jerarquico de cinco factores mostró (0,47 – 0,90) un ajuste aceptable según los índices de ajuste liberal; con una correlación de Pearson moderada a fuertes y significativos. Además, tanto la escala como las subescalas mostraron una consistencia interna con el alfa de Cronbach entre 0,75 - 0,93 y se estimó que omega de McDonald oscilo entre 0,68 – 0,88 para las sub escalas, es decir tuvo valores adecuadas excepto las estimaciones de confiabilidad para la subescala de reconocimiento del sufrimiento en estudiantes de enfermería. Entonces, todos los valores observados fueron adecuados para las medidas de constructos psicológicos, con excepción de las estimaciones de confiabilidad (para la subescala de reconocimiento del sufrimiento (α = 0,67, ω = 0,68) en estudiantes de enfermería. Por otro lado, muestras interpretabilidad, usencia de efectos suelo y techo, y el criterio y validez convergente muestra correlaciones en los resultados de las cinco subescalas del SOCS-S y una medida de autocompasión existente y de uso frecuentes, diferentes medidas de bienestar mental y angustia, es decir, se estudió computando correlaciones con dos medidas existentes de autocompasión y discriminante, el respaldo de esta validez fue que al menos tres cuartas de los resultados fueron consistentes con las predicciones que se hicieron y al menos dos correlaciones fueron grandes (r > 0,50). En relación a la invarianza de medición se realizaron analisis multigrupales a las tres muestras, el modelo A no fue significativo, pero el B y C si fueron; para hombres y mujeres del servicio de linea de crisis la prueba de del modelo A no fue significativa; el modelo A y B de los soldados no fue significativa. Sin embargo, no se pudo determinar si hubo varianza en la medición debido a que el grupo de hombres de estudiantes de enfermería era pequeño. Por otro lado, se demostró la invarianza de la medición en los grupos de edad. (validez incremental)

Asimismo, otro estudio tuvo como objetivo examinar la estructura factorial de las escalas SOCS en una muestra de 1080 eslovacos (Halamová & Kanovský, 2021) según los modelos confirmatorios reproducidos por el estudio original (Gu et al., 2020). En relación a la escala SCOS-S se encontró que presenta dos factores dominantes además de cinco factores específicos (Compasión racional: Reconocimiento del sufrimiento y Comprensión de la universalidad del sufrimiento; y Compasión emocional/conductual: Sentir compasión por la persona que sufre, Tolerar sentimientos incómodos y Actuar o sentirse motivado a actuar para aliviar el sufrimiento); siendo los modelos: de un solo factor (CFI= .632; RMSEA= .112; NNFI= .589; SRMR= .120), de 5 factores (CFI= .923; RMSEA= .053; NNFI= .909; SRMR= .052), de 5 factores jerárquicos (CFI= .915; RMSEA= .059; NNFI= .900; SRMR= .078) y bifactor (CFI= .945; RMSEA= .051; NNFI= .931; SRMR= .050). En relación a la confiabilidad, se calculó para la escala total (alfa de cronbach= .89; Omega total= .91; Omega jerárquico= .78) y sus dimensiones: reconocer el sufrimiento, entender la universalidad del sufrimiento, Sentir compasión por la persona que sufre, Tolerar sentimientos incómodos, Actuar o ser motivado a actuar para aliviar el sufrimiento (.80; .82; .72; .69; .80).

En Suecia (Sarling et al., 2024), se tuvo una muestra de 805 participantes adultos de Suecia y hablantes de sueco en Finlandia, divididos en una muestra exploratoria (403) y una muestra de replicación (402); la escala de autocompasión (SOCS-S) muestra un Alfa de Cronbach de 0,813 (reconocimiento) 0,848 (Universalidad), 0,808 (Sentimiento), 0,779 (Tolerancia) y 0,834 (Actuación); en su muestra exploratoria. El modelo de cinco factores mostró un ajuste aceptable para χ 2 / gl , SRMR y RMSEA, y un CFI mediocre, se admitió la invarianza de medición para todas las variables de agrupación del SOCS-S, buena consistencia interna y una validez discriminante y convergente bastante buena. Siendo buena su validez convergente para universalidad, sentimiento y acción, pero no para reconocimiento y tolerancia; y la validez discriminante fue buena para reconocer y universalidad, pero no para sentir, tolerar y actuar; y la confiabilidad test – retest debe ser tenida en cuenta en próximos estudios de validación.

Una validación realizada en Corea con una muestra de 850 adultos coreanos obtuvo propiedades psicométricas adecuadas; según los índices de ajuste y las cargas factoriales, el modelo jerárquico de cinco factores es el que mejor se ajusta a los datos para SOCS-S [ X 2 (165)=942,13, p <0,001; RMSEA=0,07; SRMR=0,06; CFI=0,92]; las pruebas de invarianza indicaron un buen ajuste general, la estructura factorial equivalente de SOCS-S se mantiene de manera similar para ambos grupos de género, SOCS-S: X 2 (330)=1165,60, p <0,001; RMSEA=0,08; SRMR=0,06; CFI=0,91. Asimismo la invarianza métrica sugiere que los cinco factores de SOCS-S fueron evaluados por elementos respectivos de manera similar y con magnitud similar en los dos grupos de género, SOCS-S: =41,56, Δ gl =19, p =0,002. Respecto a la invarianza escalar, el análisis no logró respaldar la equivalencia de la intercepción, lo que sugiere que uno o más parámetros no eran equivalentes entre los grupos, SOCS-S: =58,36, Δ gl =14, p <0,001. En la interpretabilidad no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones t (848)=1,35. , p =0,176. En relación a la consistencia interna, las estimaciones del alfa de Cronbach para el total y los ítems de la subescala oscilaron entre 0,76 y 0,94. Se encontraron correlaciones de moderadas a grandes entre SOCS-S y SCS, FFMQ, WEMWBS, y se encontraron correlaciones negativas entre SOCS-S y la subescala de angustia personal del IRI y las tres subescalas del DASS. Las correlaciones positivas y significativas observadas entre las dos escalas de SOCS y otras medidas proporcionaron evidencia de validez convergente y las relaciones negativas respaldaron la validez discriminante. (Kim & Seo, 2021).

**1.3 Objetivos**

* + Traducir y adaptar culturalmente la Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale (SOCS-S)
  + Obtener evidencias de validez basada en la estructura interna,
  + Obtener evidencia de invarianza de medición (sexo y edad)
  + Obtener evidencias de validez en relación con otras variables
  + Obtener evidencias de fiabilidad de Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale (SOCS-S)

1.4 Variables

Lazarus (1991) define la compasión como la acción de “conmoverse ante el sufrimiento ajeno y querer ayudar”, para Dalai (1995) es el deseo de aliviar y comprender el sufrimiento ajeno. Neff (2003ª) refiere que implica una motivación para aliviar el sufrimiento de los demás y comprenderlo sin juzgar ni desconectar con el dolor. Por otro lado, Kanov et al., (2006) propone tres facetas de la compasión hacia los demás, notar, sentir y responder. Así también, Gilbert (2009) la define como una conciencia profunda del sufrimiento de alguien más enlazada al deseo de calmarla, indicando que está conformada por los siguientes atributos: sensibilidad, simpatía, empatía, motivación o compasión, tolerancia ante la angustia y el no jugar. Goetz (2010) la expresa como el sentimiento que surge ante el sufrimiento de alguien más, motivándolo a ayudar. Sin embargo, Feldman & Kuyken (2011) manifiestan que es una orientación mental que detecta el dolor y la universalidad del mismo en la experiencia humana, teniendo la capacidad de enfrentar el dolor con amabilidad, empatía, ecuanimidad y paciencia. Y según Pommier (2010) la compasión incluye los elementos de amabilidad, atención plena y humanidad común.

El proceso de compasión es en términos generales el mismo sea para uno mismo (autocompasión) o para los demás (Feldman & Kuyken, 2011; Gilbert, 2009, 2014). Ante ello, se ha propuesto un modelo teórico que conceptualiza la compasión como un proceso cognitivo, afectivo y conductual que surge en respuesta al sufrimiento y abarca cinco elementos: (a) reconocer el sufrimiento; (b) comprender la universalidad del sufrimiento en la experiencia humana; (c) sentir por la persona que sufre y conectar emocionalmente con su angustia; (d) tolerar cualquier sentimiento incómodo despertado en respuesta al sufrimiento para seguir aceptando a la persona que sufre y estar abiertos a ella; y (e) actuar o estar motivado para actuar con el fin de aliviar el sufrimiento (Strauss et al., 2016); cabe mencionar que estos elementos pueden aplicarse a uno mismo como a los demás. Esta teoría ha recibido apoyo empírico (Gu et al., 2017) y se ha diseñado escalas para el medir el proceso de compasión a uno mismo (autocompasión) como para el de los demás (Gu et al., 2020) debido a que en la revisión realizada por Strauss et al. (2016) se encontró que nueve de los cuestionarios de compasión y autocompasión no capta exhaustivamente el constructo ya que algunos ítems de las medidas presentaban dificultades en su redacción con relación a la escala de respuesta, en otros estaba presente la palabra “compasión” y dependía de los encuestados para definir este término y muchas de las escalas no guardaban relación directa con el sufrimiento, lo cual permite distinguirlo de otros constructos.

# Metodología

## 2.1 Diseño Metodológico

El estudio es de enfoque cuantitativo debido a que la variable que se utilizará es medible a nivel estadístico. Mientras que el diseño de investigación será no experimental, porque no se manipulará la variable, de corte transversal, porque se realizará una sola medición (Hernández y Mendoza, 2018).

## 2.2 Diseño muestral

En este estudio participarán 1000 estudiantes universitarios de una universidad de Lima Este, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como criterios de inclusión se considerarán a estudiantes universitarios que viven en Lima Este, mayores de 18 años y que hayan aceptado el consentimiento informado. Como criterios de exclusión, se consideró a adultos que no asistan a una universidad de Lima Este, que no hayan terminado completamente la aplicación de la encuesta, menores de edad o que rechacen el consentimiento informado.

**2.3 Técnicas de Recolección de Datos**

Para la recolección de datos se empleará Google Forms y encuestas físicas en el que los participantes voluntariamente aceptarán ser parte del estudio mediante la aceptación del consentimiento informado, posteriormente la plataforma los dirigirá a completar los datos sociodemográficos y las preguntas del instrumento.

## 2.4 Técnicas Estadísticas para el Procesamiento de la Información

Se describe los métodos estadísticos planificados o esperados para la comprobación de las hipótesis, si es que hubiera. Detalle de los tipos de análisis estadísticos. Generalmente incluye el nombre del(los) software(s) que se plantea utilizar, junto con una descripción de las herramientas dentro de dicho(s) software(s) que se utilizará. Algunas opciones comunes son SPSS, Amos, Statistica, R, webQDA y Excel. Si se va aplicar algún análisis sin el uso de software, o con otras herramientas, se debe detallarlo aquí. Puede incluir condiciones, por ejemplo, que análisis se aplicaría si la data tiene una distribución normal y que análisis se aplicaría si no tiene una distribución normal. Según la metodología del estudio, se puede contemplar otras formas de análisis que no emplean técnicas estadísticas, las cuales se debe detallar en esta sección.

## 2.5 Aspectos Éticos

Esta investigación respetará todos los principios éticos de la investigación planteados en la declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013), como el principio de confidencialidad, garantizando la protección de la identidad de los participantes. Para esta investigación participarán aquellos cuidadores que cumplan con los criterios de inclusión, además los participantes pueden escoger participar de manera voluntaria, incluso si han aceptado, también pueden retirarse de la investigación en cualquier momento de la encuesta.

Los participantes en el estudio están orientados sobre los fines del mismo. Todos estos principios mencionados pasarán por un comité ético institucional de investigación de la facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión

# Referencias Bibliográficas

Ardela-Cabrera, C., & Olivas Ugarte, L. O. (2019). Escala de autocompasión (SCS): evidencias psicométricas iniciales en adolescentes de Lima. *Revista Científica Digital de Psicología PSIQUEMAG*, *8*(2), 77–95. <https://orcid.org/0000-0001-6502-0203>

Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. 2016;46(14):2955-2970. doi:10.1017/S0033291716001665

Dalai Lama (1995). The power of compassion. New Delhi: HarperCollins.

De Krijger, E., Willems, R., ten Klooster, P., Bakker, E., Miedema, H., Drossaert, C., & Bohlmeijer, E. (2022). Further Validation of a Dutch Translation of the Sussex Oxford Compassion for the Self Scale in Samples of Crisis Line Volunteers, Military Personnel and Nursing Students. *Frontiers in Psychology*, *13*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.895850>

Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. Contemporary Buddhism, 12(1), 143–155. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>

Finlay-Jones, A., Bluth, K., & Neff, K. (Eds.). (2023). *Handbook of Self-Compassion*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8>

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment, 15(3), 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Constable and Robinson.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin, 136*(3), 351–374. https://doi.org/10.1037/a0018807

Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2020). Development and Psychometric Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). Assessment, 27(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/1073191119860911>

Gu, J., Cavanagh, K., Baer, R., & Strauss, C. (2017). An empirical examination of the factor structure of compassion. PLoS ONE, 12(2), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172471>

Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2020). Development and Psychometric Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, *27*(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/1073191119860911>

Halamová, J., & Kanovský, M. (2021). Factor Structure of the Sussex-Oxford Compassion Scales. Psihologijske Teme, 30(3), 489–508. https://doi.org/10.31820/pt.30.3.5

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* Mc Graw Hill Education. https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6

Kanov, J. M., Maitlis, S.,Worline, M. C., Dutton, J. E., Frost, P. J., & Lilius, J. M. (2004). Compassion in Organizational Life. *American Behavioral Scientist, 47*(6), 808–827. https://psycnet.apa.org/record/2004-10247-005

Kim, J., & Seo, J.-W. (2021). Assessing Compassion in Korean Population: Psychometric Properties of the Korean Version of Sussex-Oxford Compassion Scales. *Frontiers in Psychology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.744481

Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. Oxford: Oxford University Press.

Lucarini, A., Fuochi, G., & Voci, A. (2023). A Deep Dive Into Compassion. *European Journal of Psychological Assessment*, *39*(5), 371–384. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000717

Moreno, J., Chiecher, A., & Paoloni, P. (2019). Los estudiantes universitarios y sus metas académicas. Implicadas en el logro y retraso de los estudios. Ciencia, Docencia y Tecnología, 30(59). 147-169. <https://www.redalyc.org/journal/145/14561215006/14561215006.pdf>

Mejia, C. R., Ccasa-Valero, L., Quispe-Sancho, A., Charri, J. C., Benites-Ibarra, C. A., Flores-Lovon, K., Vasquez-Ascate, J., Morocho-Alburqueque, N., Fernandez, D. N. J., & Gómez-Mamani, Y. (2022). Prevalence and Associations between Anxiety, Depression, and Stress among Peruvian University Students during the covid-19 Pandemic. Revista Ciencias de La Salud, 20(3), 1–14. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10717>

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85–101. https://psycnet.apa.org/record/2003-03727-001

Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity*, *4*(3), 263–287. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>

Neff, K. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*, *74*(1), 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>

Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., Williamson, Z., Rohleder, N., Tóth-Király, I., & Breines, J. G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and Identity*, *17*(6), 627–645. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1436587>

Otero-Zapata, J. M., Indacochea-Cáceda, S., Soto-Tarazona, A., & De la Cruz-Vargas, J. (2021). Factores asociados a bajo rendimiento académico en estudiantes de medicina humana de la Universidad Ricardo Palma durante el período agosto-diciembre del 2020. *Revista de La Sociedad Peruana de Medicina Interna*, *34*(3), 93–99. <https://doi.org/10.36393/spmi.v34i3.608>

Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, *15*(1), 113–139. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1705872>

Pommier, E. (2010). The Compassion Scale [The University of Texas at Austin]. http://hdl.handle.net/2152/ETD-UT-2010-12-2213

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*, 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>

Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(2), 272–278. <https://doi.org/10.1037/a0023041>

Sánchez Carlessi, H. H., Yarlequé Chocas, L. A., Alva, L. J., Nuñez LLacuachaqui, E. R., Arenas Iparraguirre, C., Matalinares Calvet, M. L., Gutiérrez Santayana, E., Medina, I. E., Solis Quispe, J., & Fernandez Figueroa, C. (2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por covid-19. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, *21*(2), 346–353. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i2.3654>

Sarling, A., Sundin, Ö., Åhs, F., Gu, J., & Jansson, B. (2024). Factor structure and psychometric properties of a Swedish version of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Nordic Psychology*, *76*(1), 78–96. https://doi.org/10.1080/19012276.2022.2156381

Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., Gleeson, H., Sow, K., Hind, D., & Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *287*(December 2020), 282–292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054>

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

Travezaño-Cabrera, A., & Elguera-Cuba, A. (2022). Evidencias preliminares de validez y confiabilidad de una escala breve de autocompasión en adolescentes peruanos. *ACADEMO Revista de Investigación En Ciencias Sociales y Humanidades*, *9*(2), 209–216. <https://doi.org/10.30545/academo.2022.jul-dic.8>

Wei, M., Liao, K. Y.-H., Ku, T.-Y., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, Self-Compassion, Empathy, and Subjective Well-Being Among College Students and Community Adults. *Journal of Personality*, *79*(1), 191–221. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x>

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Clinical Review & Education, 310*(20), 2191–2194. https://doi.org/10.1001/jama.292.11.1359

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *7*(3), 340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>