

TESIS DOCTORAL

2020



**AUTOCOMPASIÓN Y AUTOESTIMA COMO
VARIABLES RELEVANTES EN EL ESTUDIO DEL
BIENESTAR Y EL BULLYING EN ADOLESCENTES**

JUAN MÚZQUIZ HERRERO

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**DRA. ANA MARÍA PÉREZ-GARCÍA (UNED)
DR. JOSÉ BERMÚDEZ MORENO (UNED)**

Agradecimientos

A pesar de que el doctorado lo obtiene una persona, lo cierto es que el proceso implica a muchas y lo justo es darle un reconocimiento.

En primer lugar, me gustaría agradecer su participación a los adolescentes de Madrid que contribuyeron con un momento de sus historias personales en el proyecto. Espero que, lo aquí presentado, junto con futuros avances, les sea útil a ellos, a sus hermanos pequeños o a sus futuros hijos.

También me gustaría agradecer su participación a la dirección de los centros y al profesorado de los colegios e insitutos que colaboraron en el estudio y a todo el profesorado que dio su apoyo durante las pruebas, en especial a Carlos, por su implicación.

Me gustaría también agradecer a la Facultad de Psicología de la UNED por haberme aceptado inicialmente en el programa y por el apoyo prestado durante estos años, en especial a Pedro, cuya ayuda fue inestimable para acertar con la dirección de la testis.

También agradecer a José Bermúdez su trabajo, su tiempo y sus siempre sabios y acertadísimos consejos para guiar, orientar y perfeccionar las comunicaciones, los artículos y el presente trabajo.

Y, por supuesto, estoy profundamente agradecido a Ana María Pérez García por todo su apoyo. Le agradezo enormemente todo lo aprendido para orientar, seguir, supervisar y corregir trabajos de investigación, habilidades valiosas que ya me llevo conmigo. Pero también, en el plano personal por su paciencia, implicación, perseverancia, por toda la atención dada y, en definitiva, por su cariño y apoyo para acabar el presente trabajo.

También me gustaría agradecer el apoyo recibido por parte de mi familia y amigos, por su comprensión, su presión y por todo el tiempo que el presente trabajo les ha quitado.

Por último, agradecer las horas de paciencia, los momentos de comprensión y todo lo aguantado a mi *companherina*, sin duda, la gran damnificada del presente trabajo.

Índice

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	17
1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS	17
CAPÍTULO II: REVISIÓN TEÓRICA	19
1. DESARROLLO Y BIENESTAR EN LA ADOLESCENCIA	19
2. AUTOCOMPASIÓN	33
2.1. Raíces del concepto	33
2.2. Definición del concepto de autocompasión	35
2.2.1. ¿Qué es la autocompasión?.....	35
2.3. ¿Qué no es la autocompasión?	46
2.3.1. No es pena por uno mismo	46
2.3.2. No es indulgencia para con uno mismo	48
2.3.3. No es lo mismo que empatía	50
2.3.4. No es mal de muchos, consuelo de tontos.....	52
2.3.5. No se trata de autoestima.	52
2.4. La escala	53
2.4.1. Explicación de la escala	53
2.4.2. Puntuaciones en la escala según el género	55
2.4.3. Críticas a la escala y al concepto	56
2.5. Implicaciones del concepto de autocompasión	61
2.5.1. Motivacionales, emocionales y académicas.....	61
2.5.2. Autocompasión, bienestar psicológico y afecto	63
2.5.3. Relaciones encontradas entre autocompasión y psicopatología	66
2.5.4. En relación con los trastornos de ansiedad	66
2.5.5. En relación con los trastornos del estado de ánimo	71
2.5.6. Abuso de sustancias	74
2.5.7. Trastornos alimentarios	75
2.5.8. Trastornos somatoformes	77
2.5.9. Relación con trastornos esquizofrénicos y síntomas psicóticos	78
2.5.10. Otras patologías	79
2.6. Tratamientos centrados en el desarrollo de la compasión y la autocompasión.....	80
2.6.1. Descripción de los tratamientos	80
2.6.1.1. Terapia basada en la autocompasión (<i>Compassion focused therapy</i>) (Gilbert, 2010a)	80
2.6.1.2. Entrenamiento en mente compasiva (<i>Compassionate mind training</i>) (Gilbert, 2010b)	82

2.6.1.3.	Programa de atención plena y autocompasión (<i>Mindful self-compassion program</i>) (Neff y Germer, 2013)	82
2.6.1.4.	Programa de cultivo de la compasión de Standford (<i>Standford Compassion Cultivating Programme</i>) (Jazaieri et al., 2013; Jinpa, 2010).....	82
2.6.1.5.	Entrenamiento cognitivo basado en la compasión (Pace et al., 2009)	84
2.6.1.6.	Meditación basada en la compasión y en el amor bondadoso (<i>Compassion and Loving kindness meditations</i>) (Hoffmann et al., 2011)	84
2.6.2.	Resultados de estos tratamientos	85
2.6.2.1.	Incrementos del afecto positivo y el bienestar	85
2.6.2.2.	Trastornos de ansiedad	86
2.6.2.3.	Tratamiento del trauma	87
2.6.2.4.	Trastornos del estado de ánimo	89
2.6.2.5.	Trastornos alimentarios y relacionados con la imagen corporal.....	90
2.6.2.6.	Esquizofrenia y trastornos con sintomatología psicótica.....	92
2.6.2.7.	Trastornos de la personalidad	94
2.6.2.8.	Para los propios terapeutas.....	95
2.6.3.	Miedos o resistencias a la autocompasión (<i>Fears of Compassion</i>).....	96
2.7.	Aspectos interpersonales de la autocompasión	99
2.7.1.	La autocompasión en relaciones de pareja y amor romántico.....	100
2.7.2.	La autocompasión, la resolución de conflictos y los grupos.....	103
2.7.3.	La autocompasión y el sentido de comunidad	104
2.7.4.	Autocompasión, compasión por los otros, empatía y prosociabilidad.....	104
2.7.5.	Autocompasión y parentalidad.....	106
3.	AUTOESTIMA	107
3.1.	Orígenes del concepto de autoestima.....	107
3.2.	Definición de autoestima.....	109
3.3.	¿Cómo son las personas con una alta o baja autoestima?	110
3.4.	Tipos de autoestima	112
3.4.1.	Autoestima segura frente a autoestima frágil.....	112
3.4.2.	Autoestima específica frente autoestima global	116
3.5.	¿Para qué sirve la autoestima? Las respuestas desde la teoría sociométrica, la psicología evolutiva y la neuropsicología	117
3.6.	Medir la autoestima	125
3.7.	Diferencias en autoestima en función de características demográficas	126
3.7.1.	Diferencias en función del género	126
3.7.2.	Diferencias en función de la edad.....	127
3.7.3.	Diferencias en función de la raza, la cultura y el nivel socioeconómico	129

3.8. Implicaciones.....	131
3.8.1. Académicas y motivacionales	131
3.8.2. Implicaciones para el bienestar	134
3.8.3. Implicaciones psicopatológicas.....	135
3.9. Aspectos interpersonales de la autoestima.....	144
3.9.1. Relación entre autoestima y agresión, violencia y bullying.....	150
3.10. Intervenciones para mejorar la autoestima.....	152
3.11. Críticas al concepto de autoestima	154
4. BULLYING O ACOSO ENTRE IGUALES	159
4.1. Definición de acoso	159
4.2. Formas que adquiere el acoso	161
4.2.1. Cyberbullying	162
4.3. Prevalencia y formas de medir el acoso	163
4.4. Edad y bullying	166
4.5. Diferencias en función del género en el acoso entre iguales	167
4.6.1. Diferencias en función del género en la victimización.....	167
4.6.2. Diferencias en función del género en el papel de los agresores	168
4.6.3. Diferencias en la prosociabilidad y en las actitudes frente el acoso en función del género.....	168
4.6.4. Diferencias en el tipo de acoso sufrido o ejercido en función del género	169
4.6. La dinámica del acoso: perfiles	172
4.7. Ajuste psicológico en los distintos perfiles	175
4.8.1. Víctimas	176
4.8.2. Agresores.....	180
4.8.3. Agresores-víctimas.....	185
4.8.4. Espectadores.....	186
4.8. Calidez y rechazo parental	189
4.9.1. Víctimas	189
4.9.2. Agresores.....	192
4.9.3. Agresores-víctimas.....	196
4.9.4. Prosociabilidad.....	196
4.10. Resiliencia y bullying.....	198
CAPÍTULO III: ESTUDIO EMPÍRICO	201
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	201
2. MÉTODO	203
2.1. Descripción de la muestra.....	203

2.2. Descripción de los instrumentos utilizados	205
2.2.1. Resiliencia y bullying	205
2.2.2. Escala de Autocompasión (Neff, 2003b)	206
2.2.3. Cuestionario PANAS para niños y adolescentes (Sandín,1997)	¡Error!
Marcador no definido.	
2.2.4. Escala de aceptación y rechazo parental.....	208
2.2.5. Evaluación del bullying y la convivencia.....	210
2.2.5.1. Medición de bullying mediante autoinforme	210
2.2.5.2. Lista de situaciones de acoso	211
2.2.5.3. Lugares	212
2.2.5.4. Medidas de heteroinforme con subescalas.....	213
2.2.5.5. Breve cuestionario sociodemográfico.....	213
2.3. Procedimiento	214
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	216
1. ESTUDIO 1. DESCRIPTIVOS	216
1.1. Diferencias en las variables examinadas dependiendo de la edad, el género y el lugar de origen.....	216
2.3.1. Análisis de las diferencias en función del género	219
2.3.2. Análisis de las diferencias en función de la edad.....	225
2.3.3. Análisis de las diferencias en función del lugar de origen.....	235
2.3.4. Prevalencias de bullying en el total de la muestra	239
2. ESTUDIO 2. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE AUTOCOMPASIÓN EN LA PRESENTE MUESTRA.....	244
2.1. Análisis previo.....	244
2.2. Análisis factorial exploratorio.....	245
2.2.1. Resultados del análisis factorial exploratorio.....	246
2.3. Análisis factorial confirmatorio	248
3. ESTUDIO 3. INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y DE LOS IGUALES EN EL DESARROLLO DE LA AUTOCOMPASIÓN	264
3.1. Análisis correlacional entre la autocompasión, las medidas de aceptación y rechazo familiar y el buen o mal trato recibido de parte de los compañeros.....	264
3.2. Análisis de la influencia de las relaciones familiares y la influencia de los iguales sobre las medidas de autocompasión.....	267
4. ESTUDIO 4. RELACIÓN ENTRE AUTOCOMPASIÓN Y AUTOESTIMA	270
4.1. Asociación entre la autocompasión y sus componentes y la autoestima	270
4.2. Predicción de los niveles de autoestima en base a los componentes de la autocompasión, el afecto positivo y el afecto negativo.....	272

4.3.	Estudio exploratorio comparativo entre la autoestima y la autocompasión en las variables interpersonales examinadas	273
5.	ESTUDIO 5. RELACIÓN ENTRE EL BULLYING Y LAS VARIABLES ESTUDIADAS. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS DEPENDIENDO DE QUE LAS MEDIDAS SEAN AUTOINFORMADAS O HETEROINFORMADAS	279
5.1.	Diferencias en ajuste psicológico dependiendo de sufrir o ejercer bullying. Comparación entre medidas heteroinformadas y autoinformadas	279
5.1.1.	Diferencias en función del rol autoinformado.....	279
5.1.2.	Diferencias en las variables de ajuste psicológico teniendo en cuenta las medidas heteroinformadas	284
5.1.3.	En función del perfil de bully heteroinformado	289
5.2.	Diferencias en aceptación y rechazo parental dependiendo de sufrir o ejercer bullying. Comparación entre medidas autoinformadas y heteroinformadas	293
5.2.1.	Diferencias en los niveles de aceptación y rechazo parental dependiendo del rol desempeñado en la dinámica del bullying y el género	299
6.	ESTUDIO 6. AUTOCOMPASIÓN COMO VARIABLE MEDIADORA ENTRE SER VÍCTIMA DE ACOSO Y AJUSTE EMOCIONAL	302
6.1.	Análisis correlacional entre las variables estudiadas.....	302
6.2.	Potencial papel mediador de la autocompasión entre sufrir violencia y el bienestar emocional	304
	CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	308
1.	Objetivo 1. Comprobar la estructura factorial de la escala de autocompasión en la presente muestra.	308
2.	Objetivo 2. Examinar si los resultados obtenidos en las variables examinadas son coherentes con la literatura existente.	309
3.	Objetivo 3. Evaluar el ajuste psicológico en función de los perfiles en la dinámica del bullying evaluado a través de medidas autoinformadas y heteroinformadas por pares.	315
4.	Objetivo 4. Estudiar de manera exploratoria las características interpersonales de la autocompasión y la autoestima.	319
5.	Objetivo 5. Evaluar qué componentes de la autocompasión predicen en mayor grado los niveles de autoestima en función del género.	323
6.	Objetivo 6. Estudiar la influencia de la familia y los iguales en el desarrollo de la autocompasión	325
7.	Objetivo 7. Evaluar el potencial papel de la autocompasión como variable mediadora entre ser víctima de acoso y ajuste emocional	327
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	331
	ANEXOS	449

Índice de tablas

TABLA 1. ESTADIOS PSICOSOCIALES DE ERIKSON.....	24
TABLA 2. ESTATUS DE IDENTIDAD DE MARCIA.....	24
TABLA 3. SISTEMAS MOTIVACIONALES TOMADOS DE GILBERT (2014B).....	43
TABLA 4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	205
TABLA 5. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (ENTRE PARÉNTESIS) DE LAS ESCALAS QUE MIDEN AUTOESTIMA, LOS COMPONENTES DE AUTOCOMPASIÓN, AUTOCOMPASIÓN TOTAL, SELF- COLDNESS, SELF-WARMTH, AFECTO POSITIVO, AFECTO NEGATIVO Y BALANCE AFECTIVO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.....	220
TABLA 6. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (ENTRE PARÉNTESIS) DE LAS ESCALAS QUE MIDEN ACEPTACIÓN Y RECHAZO FAMILIAR.....	221
TABLA 7. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (ENTRE PARÉNTESIS) DE LAS ESCALAS AUTOINFORMADAS SOBRE VIOLENCIA ESCOLAR	222
TABLA 8. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (ENTRE PARÉNTESIS) DE LAS ESCALAS HETEROINFORMADAS SOBRE VIOLENCIA ESCOLAR Y PROSOCIABILIDAD.....	223
TABLA 9. DIFERENCIAS EN VARIABLES DICOTÓMICAS SOBRE BULLYING SUFRIDO Y EJERCIDO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.....	224
TABLA 10. DIFERENCIAS EN VARIABLES DE AJUSTE PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DEL GÉNERO.....	226
TABLA 11. DIFERENCIAS EN VARIABLES DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DEL GÉNERO.....	229
TABLA 12. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (ENTRE PARÉNTESIS) DE LAS ESCALAS AUTOINFORMADAS SOBRE VIOLENCIA ESCOLAR EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DEL GÉNERO.	230
TABLA 13. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES HETEROINFORMADAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DEL GÉNERO.....	233
TABLA 14. DIFERENCIAS EN VARIABLES DICOTÓMICAS SOBRE BULLYING SUFRIDO Y EJERCIDO EN FUNCIÓN DE LA EDAD	234
TABLA 15. DIFERENCIAS EN VARIABLES DE AJUSTE PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN DEL LUGAR DE NACIMIENTO Y DEL GÉNERO	235
TABLA 16. DIFERENCIAS EN VARIABLES DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL LUGAR DE NACIMIENTO Y DEL GÉNERO	236
TABLA 17. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (ENTRE PARÉNTESIS) DE LAS ESCALAS AUTOINFORMADAS SOBRE VIOLENCIA ESCOLAR EN FUNCIÓN DEL LUGAR DE NACIMIENTO	237
TABLA 18. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES HETEROINFORMADAS EN FUNCIÓN DEL LUGAR DE NACIMIENTO.....	238
TABLA 19. DIFERENCIAS EN VARIABLES DICOTÓMICAS SOBRE BULLYING SUFRIDO Y EJERCIDO EN FUNCIÓN DEL LUGAR DE NACIMIENTO	238

TABLA 20. NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES Y NIVEL DE ESTUDIOS QUE EL ALUMNO TENÍA LA ASPIRACIÓN DE ACABAR	240
TABLA 21. LUGAR DE ORIGEN DE LOS PADRES DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS.....	241
TABLA 22. PREVALENCIAS DE BULLYING SUFRIDO Y EJERCIDO DEPENDIENDO DEL CENTRO	242
TABLA 23. PREVALENCIAS DE CYBERBULLYING SUFRIDO Y EJERCIDO DEPENDIENDO DEL CENTRO	243
TABLA 24. CONSISTENCIA DE LA ESCALA EN LOS DOS GRUPOS DE EDAD	244
TABLA 25. MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS, PESOS FACTORIALES Y VARIANZAS (PARCIALES Y ACUMULADAS) CORRESPONDIENTE A LA SOLUCIÓN FACTORIAL DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE AUTOCOMPASIÓN	247
TABLA 26. CORRELACIONES ENTRE LOS COMPONENTES DE LA ESCALA	251
TABLA 27. ÍNDICE DE AJUSTE DE LOS MODELOS.....	257
TABLA 28. PESO DE LAS REGRESIONES DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS SOBRE SUS FACTORES EN LOS DISTINTOS MODELOS TESTADOS	260
TABLA 29. CORRELACIONES ENTRE LOS ÍTEMS Y LA PUNTUACIÓN TOTAL EN LA ESCALA.....	262
TABLA 30. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES EXAMINADAS EN AMBOS GRUPOS DE EDAD. ARRIBA SE MUESTRAN LAS CORRELACIONES EN EL GRUPO DE MENOR EDAD Y ABAJO EN EL GRUPO DE MAYOR EDAD.....	265
TABLA 31. ANÁLISIS DE REGRESIÓN JERÁRQUICOS SOBRE LA VARIABLE AUTOCOMPASIÓN EN AMBOS GRUPOS DE EDAD	267
TABLA 32. ANÁLISIS DE REGRESIÓN JERÁRQUICOS SOBRE LA VARIABLE <i>SELF-WARMTH</i> EN AMBOS GRUPOS DE EDAD	268
TABLA 33. ANÁLISIS DE REGRESIÓN JERÁRQUICOS SOBRE LA VARIABLE <i>SELF-COLDNESS</i> EN AMBOS GRUPOS DE EDAD	269
TABLA 34. CORRELACIONES DIVIDIDAS POR GÉNERO Y EN EL TOTAL DE LA MUESTRA DE LA AUTOESTIMA CON LA AUTOCOMPASIÓN Y SUS COMPONENTES, <i>SELF-WARMTH</i> Y <i>SELF-COLDNESS</i>	271
TABLA 35. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL DE LOS DIFERENTES COMPONENTES DE LA AUTOCOMPASIÓN, EL AFECTO POSITIVO Y EL AFECTO NEGATIVO SOBRE LA AUTOESTIMA	272
TABLA 36. CORRELACIONES ENTRE LAS MEDIDAS DE AUTOESTIMA, <i>SELF-WARMTH</i> , <i>SELF-COLDNESS</i> , AUTOCOMPASIÓN TOTAL Y LAS MEDIDAS AUTOINFORMADAS Y HETEROINFORMADAS DE CONVIVENCIA EN LOS CHICOS.....	274
TABLA 37. CORRELACIONES ENTRE LAS MEDIDAS DE AUTOESTIMA, <i>SELF-WARMTH</i> , <i>SELF-COLDNESS</i> , AUTOCOMPASIÓN TOTAL Y LAS MEDIDAS AUTOINFORMADAS Y HETEROINFORMADAS DE CONVIVENCIA EN LAS CHICAS.....	275
TABLA 38. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES DE AJUSTE PSICOLÓGICO DEPENDIENDO DEL PERFIL AUTOINFORMADO	280
TABLA 39. TABLA EXPLICATIVA SOBRE LOS GRUPOS CONFORMADOS PARA LOS ANÁLISIS Y EL NÚMERO DE SUJETOS EN CADA GRUPO.....	285

TABLA 40. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y DIFERENCIAS ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DEPENDIENDO DE QUE EL BULLYING SEA AUTOINFORMADO O HETEROINFORMADO	286
TABLA 41. CLASIFICACIÓN DE LOS ALUMNOS EN FUNCIÓN DEL BULLYING AUTOINFORMADO Y HETEROINFORMADO.....	290
TABLA 42. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES DE AJUSTE PSICOLÓGICO DEPENDIENDO DE QUE EL BULLYING EJERCIDO SEA AUTOINFORMADO, HETEROINFORMADO O AMBOS	291
TABLA 43. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO FAMILIAR DEPENDIENDO DEL PERFIL AUTOINFORMADO	294
TABLA 44. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO FAMILIAR DEPENDIENDO DEL PERFIL DE VICTIMIZACIÓN AUTO Y HETEROINFORMADO	296
TABLA 45. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO FAMILIAR DEPENDIENDO DEL PERFIL DE AGRESORES AUTO Y HETEROINFORMADO.....	298
TABLA 46. DIFERENCIAS EN LAS MEDIDAS DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO FAMILIAR DEPENDIENDO DEL ROL DESEMPEÑADO EN EL BULLYING Y EL GÉNERO	301
TABLA 47. CORRELACIONES ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE BULLYING, AUTOCOMPASIÓN Y SUS COMPONENTES Y AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO.....	302
TABLA 48. ANÁLISIS DE LA AUTOCOMPASIÓN COMO VARIABLE MEDIADORA ENTRE BULLYING DIRECTO Y RELACIONAL Y AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO EN EL GRUPO DE MENOR EDAD (12-14 AÑOS).....	305

Índice de figuras

FIGURA 1. GRÁFICO DE SEDIMENTACIÓN DEL ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO DE LA ESCALA DE AUTOCOMPASIÓN	245
FIGURA 2. <i>MODELO 1</i> . REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL ANÁLISIS FACTORIAL DE SEIS FACTORES INDEPENDIENTES	252
FIGURA 3. <i>MODELO 2</i> . REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE SEIS FACTORES RELACIONADOS ENTRE SÍ	252
FIGURA 4. <i>MODELO 3</i> . REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE SEIS FACTORES CON DOS DE ORDEN SUPERIOR. MODELO JERÁRQUICO	253
FIGURA 5. <i>MODELO 4</i> . REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE SEIS FACTORES CON DOS DE ORDEN SUPERIOR. BIFACTORIAL.....	253
FIGURA 6. <i>MODELO 5</i> . REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE SEIS FACTORES CON UNO DE ORDEN SUPERIOR	254
FIGURA 7. <i>MODELO 6</i> . REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE SEIS FACTORES CON UNO DE ORDEN SUPERIOR.	254
FIGURA 8. <i>MODELO 7</i> . REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE SEIS FACTORES CON DOS DE ORDEN SUPERIOR Y UN FACTOR MÁS DE ORDEN SUPERIOR	255
FIGURA 9. <i>MODELO 8</i> . REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE UN FACTOR.....	255
FIGURA 10. <i>MODELO 9</i> . REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE DOS FACTORES RELACIONADOS	256
FIGURA 11. MODELOS DE MEDIACIÓN REALIZADOS CON EL GRUPO DE MENOR EDAD (12-14 AÑOS). ...	307

Índice de anexos

ANEXO 1. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	449
ANEXO 2. ESCALA DE AUTOCOMPASIÓN DE NEFF	450
ANEXO 3. ESCALA DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE) ...	451
ANEXO 4. CUESTIONARIO DE CLIMA ESCOLAR.....	452
ANEXO 5. ESCALA DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO PARENTAL.....	453
ANEXO 6. MEDIDAS DE HETEROINFORME	454
ANEXO 7. ESCALA DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO PARENTAL	455
ANEXO 8. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO	456
ANEXO 9. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 16 Y 17 AÑOS.....	457
ANEXO 10. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 12 A 15 AÑOS.....	459
ANEXO 11. INSTRUCCIONES PARA EL PROFESORADO	462
ANEXO 12. CARTA DE ACEPTACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO “AUTOESTIMA, AUTOCOMPASIÓN Y AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO EN VÍCTIMAS Y AGRESORES DE BULLYING: UN ESTUDIO COMPARATIVO CON MEDIDAS AUTOINFORMADAS E INFORMADAS POR PARES”	466

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

Según numerosas publicaciones el bullying es un problema sistémico, absolutamente presente en centros educativos de todo tipo; y este problema tiene graves consecuencias para el bienestar psicológico presente y futuro de los que lo sufren y, en muchos casos, también de los que lo presencian. Sin embargo, mientras que las consecuencias nocivas de esta dinámica están claras para estos perfiles mencionados, no se han encontrado resultados concluyentes en las investigaciones sobre cómo es la autoestima y el ajuste psicológico de los agresores, con estudios que incluso muestran que su autoestima puede ser buena; al menos equiparable a los no implicados y, desde luego, mejor que la de las víctimas. La autoestima ha recibido gran atención tanto desde investigadores, como clínicos y de la población en general, considerándola en muchos casos como un objetivo a alcanzar en sí mismo. También existen investigadores que cuestionaron los beneficios de la autoestima y que aportaron un nuevo concepto: la autocompasión que surgía como un modo más saludable de relacionarnos con nosotros mismos, menos dependiente de la comparación social y más resiliente frente a los momentos de sufrimiento y los sentimientos de inadecuación.

Dados los resultados encontrados en el ajuste psicológico en la dinámica del bullying y el surgimiento en la investigación de este nuevo concepto, se consideró justificado estudiar cuál podía ser el papel de la autocompasión en relación al bullying y a la autoestima en una etapa concreta: la adolescencia. Una etapa de diversos cambios donde el desarrollo de las habilidades intra- e interpersonales tienen una enorme importancia para la propia juventud y para la edad adulta. Además, se consideró relevante no hacerlo exclusivamente a través de medidas autoinformadas, como la mayoría de las investigaciones publicadas hasta el

momento, sino incluir también medidas heteroinformadas que ayudaran a dar una mayor objetividad a estas posibles relaciones entre las variables.

Asimismo, siguiendo el rastro de la autocompasión fueron llegando numerosas publicaciones en la década previa a la publicación de este trabajo que apuntaban a que la autocompasión podía ser una poderosa habilidad personal a la hora de enfrentar diversas dificultades y trastornos psicopatológicos. Aparte de estas preguntas e innovaciones desde el punto de vista teórico, el trabajo clínico y educativo personal fue coincidiendo con buenas “sensaciones” cuando se incluían recursos de la terapia basada en autocompasión con pacientes muy autocríticos, que encontraban dificultades para relacionarse con sus fallos, imperfecciones y con aspectos de ellos mismos que les desagradaban; y que, con frecuencia, se habían visto expuestos a la hostilidad por parte de los iguales. Por tanto, se consideró relevante analizar si la autocompasión podía jugar un papel mediador entre sufrir este tipo de violencia y el bienestar psicológico, abriendo la puerta a un nuevo recurso para trabajar contra las secuelas que el bullying puede dejar en los adolescentes.

Por tanto, el trabajo arrancó intentado dilucidar cómo se comportaban las variables de la autocompasión y la autoestima en la dinámica del bullying y de las relaciones interpersonales en la adolescencia. En este camino, como en toda investigación, hubo equivocaciones, arrepentimientos, nuevas dudas y momentos de serendipia. Los resultados de todo ello se presentan a continuación.

CAPÍTULO II: REVISIÓN TEÓRICA

1. DESARROLLO Y BIENESTAR EN LA ADOLESCENCIA

Antes de entrar a las revisiones teóricas de los temas en los que se centra el presente trabajo: autoestima, autocompasión y bullying, resulta relevante contextualizarlos en la etapa de la adolescencia. Repasar algunos de los aspectos clave de esta fase ayudará tanto a introducir el tema del trabajo como a una mejor interpretación de los resultados y de las conclusiones.

La adolescencia, vista desde la perspectiva del adulto, supone una época de cambios vertiginosos. En un corto espacio de tiempo los cambios físicos y hormonales y las nuevas exigencias por parte del mundo externo arrastran o atraen al individuo desde la niñez hasta la edad adulta.

Existen sociedades donde la transición del niño al adulto ocurre “de la noche a la mañana” donde a través de rituales de transición específicos se delimita de manera clara la infancia y la adultez. Sin embargo, en la mayor parte del mundo occidental, esta transición es difusa y compleja y, de hecho, en algunos casos da la impresión de que esta transición nunca llega a producirse.

Los cambios que se producen entre la preadolescencia (en torno a los 11 años) y la edad adulta son de tipo biológico, cognitivo, identitario, moral, y social.

En cuanto a los cambios de tipo biológico, cuando el curso sigue un patrón normativo, se produce el efecto activador del desarrollo sexual que da continuidad al efecto organizador producido durante la etapa embrionaria. De este modo, se producen cambios hormonales a través del eje adeno-hipofisario-gonadal que conllevan cambios en los rasgos sexuales primarios, es decir, hay un desarrollo de los órganos sexuales permitiendo la reproducción y los rasgos sexuales secundarios, que implican el ensanchamiento de las caderas, el crecimiento del pecho, etc. y en el caso de los chicos el desarrollo de los músculos, el crecimiento del vello, el cambio en la voz, etc. Esta diferenciación y el dimorfismo sexual también tienen un impacto

en el desarrollo cerebral, por ejemplo, generando tendencias a una mayor conectividad intrahemisférica en los hombres y mayor conectividad interhemisférica en las mujeres (Ingahlakar et al., 2014). Estos cambios hormonales y corporales también tienen un impacto psicológico, ante los cuales los adolescentes pueden sentirse o bien satisfechos o bien incómodos (Erikson, 1959). Además, esta liberación hormonal produce cambios significativos en el cerebro alterando el grosor y las dimensiones de diversas estructuras de la corteza o la ínsula (Shaw et al., 2008).

La adolescencia supone un momento clave en el desarrollo cerebral (Blakemore y Frith, 2005) caracterizando por una gran plasticidad neuronal, avance de la mielinización y el desarrollo de la corteza frontal asociada a las funciones ejecutivas.

El término plasticidad neuronal queda muy bien definido por la célebre frase de Ramón y Cajal que decía que “el cerebro es su propio arquitecto”, según la cual, las estructuras y la conectividad cerebrales no vienen absolutamente determinadas por la herencia genética, sino que son sensibles a la experiencia. Dicho de otro modo, el cerebro ofrece la potencialidad de transformarse y es la propia experiencia, el entrenamiento y el entorno el que modela y orienta esa potencialidad. Un ejemplo de plasticidad neuronal es el aprendizaje de un segundo idioma. Es de sobra conocido que aprender un segundo idioma a la perfección es más sencillo si este se aprende en la infancia o la adolescencia que si éste comienza en la edad adulta y, esto es debido a que el cerebro va perdiendo dicha plasticidad con la edad. Esta alta plasticidad neuronal también es muy relevante en el terreno psicológico; ya que determina que las experiencias deseables o nocivas vividas durante la adolescencia influyen de una manera determinante en la circuitería cerebral; que pueden cristalizarse con el pasar del tiempo y tener consecuencias para la edad adulta o para toda la vida.

Como parte de esta plasticidad cerebral también la adolescencia es periodo clave en la madurez de la mielinización. La mielinización consiste en un proceso por el que las células de Schwann (células específicas de la glía) recubren con vainas lipoproteicas los axones de las

neuronas permitiendo la conducción saltatoria a través de los nódulos de Ranvier, que son las porciones de axón no cubiertas por la mieliniza. En términos prácticos, esta conducción saltatoria se traduce en una mayor velocidad en la transmisión de los potenciales de acción, es decir una comunicación neuronal enormemente más rápida. Desde el punto de vista funcional, esta mielinización puede traducirse en la adolescencia en un desarrollo de habilidades y de las funciones ejecutivas, a través de las cuales el individuo puede planificar sus acciones, monitorizar su comportamiento e inhibir sus impulsos (por ej., envites agresivos).

Como se ha comentado anteriormente, el desarrollo de estas funciones y habilidades no vienen determinadas por la genética, sino que requieren de ciertas condiciones para su aprendizaje y desarrollo. Un ejemplo especialmente interesante y relacionado con el tema de este trabajo es el de la relación entre la serotonina, la mielinización y la agresividad (Lee y Fields, 2009). Numerosas investigaciones han encontrado una asociación entre las conductas agresivas, de riesgo y antisociales y niveles bajos de serotonina tanto en macacos como en humanos (Howell et al., 2007; Virkkunen y Linnoila, 1993). Esto se debe a que existen conexiones serotoninérgicas inhibitorias entre el sistema límbico, principalmente la amígdala, y la corteza prefrontal ventromedial, es decir, que la corteza prefrontal ventromedial puede modular, inhibir y monitorizar los impulsos principalmente a través de conexiones serotoninérgicas.

Aunque los estudios iniciales encontraron una relación muy clara entre la serotonina y la agresividad, esta relación parece ser más compleja (ver Duke et al., 2013). Por ejemplo, aunque los agonistas serotoninérgicos pueden reducir la agresividad informada por los sujetos (Coccaro y Kavoussi, 1997), esta inhibición también depende de que estas conexiones sean maduras y que las proyecciones serotoninérgicas lleguen a las áreas capaces de inhibir los impulsos (corteza prefrontal ventromedial). Si esto no se produce, la serotonina liberada no ejerce su efecto inhibitorio; y la única manera de que lo haga es a través del aprendizaje y de un contexto que facilite la inhibición de impulsos (Krakowski, 2003).

En resumen, la adolescencia es una etapa clave del desarrollo cerebral, donde éste es especialmente sensible a las experiencias externas e internas que esculpen y moldean circuitos cerebrales que serán heredados en la edad adulta.

Estos cambios biológicos van asociados también al desarrollo cognitivo, como por ejemplo, la aparición del pensamiento formal caracterizado por la capacidad para utilizar la lógica proposicional, los razonamientos hipotéticos deductivos e inductivos y operar sobre elementos abstractos, hipótesis, “*ysis*” o “*quépasarías*”, en definitiva un salto cualitativo en el que lo posible va ganando protagonismo sobre lo real, y, hasta que se llega al periodo postformal, se considera que el mundo puede ser transformado a través de la idea (Inhelder y Piaget, 1955). Al mismo tiempo, los adolescentes van sintiéndose más autónomos e independientes, con lo que se van produciendo diversos momentos de equilibrio-desequilibrio entre la necesidad de autonomía, independencia y autodeterminación y las limitaciones de no ser todavía un adulto; y el temor a perder el estatus de niño, generalmente más confortable.

Estos cambios en su capacidad cognitiva también conducen a rasgos típicos del egocentrismo adolescente (Elkind, 1967): la audiencia imaginaria y la fábula personal. En el caso de la audiencia imaginaria, las operaciones formales permiten a los adolescentes conceptualizar con una mayor precisión su propio pensamiento, pero también intuir y anticipar el pensamiento de los otros, lo que en muchos casos les lleva a pensar que los demás están tan pendientes de su comportamiento como lo están ellos mismos. Esta ilusión de estar permanentemente bajo el escrutinio de los otros les lleva a sentir vergüenza e inseguridad con frecuencia. La otra cara de este egocentrismo adolescente es la fábula personal, según la cual consideran sus sentimientos y actuaciones absolutamente únicas y además esa ilusión de unicidad les lleva a pensarse inmortales y exentos de las consecuencias negativas en los comportamientos de riesgo (abuso de sustancias, embarazo u otras conductas). Hoy en día, en muchos casos, con el auge de las redes sociales, algunos adolescentes pueden percibir que están constantemente ante esa audiencia quizás no tan imaginaria y su público, con lo que

desarrollan estrategias para seleccionar y compartir contenido atractivo que refuerce su autoestima (Reich, 2017).

Este desarrollo cognitivo, por tanto, lleva a la aparición de nuevas preguntas que el adolescente debe responderse. En este momento la pregunta fundamental es “¿Quién soy yo?”, es decir, el yo de la infancia no es suficiente y el individuo debe encontrar su propia identidad. Según Erikson (1959), el ser humano en su desarrollo personal va pasando por etapas en las que se va enfrentando a distintas crisis en las que existe un desfase entre el desarrollo actual del individuo y las demandas ambientales. Estas crisis pueden resolverse de una manera satisfactoria y, por tanto, quedar incorporadas en la personalidad del sujeto de una manera valiosa o pueden no resolverse o resolverse de una manera negativa, con lo que es probable que, o bien generen problemas en el desarrollo personal; o que las crisis vuelvan a reaparecer en el futuro. Las principales crisis y los principales logros de cada etapa se expresan en la tabla 1. Como se observa en dicha tabla el principal logro en esta etapa es la conformación de la identidad, donde el adolescente se plantea “quién soy” / “quién quiero ser”. A partir de este momento el adolescente busca información, experimenta papeles adultos y límites para averiguar las respuestas a estas dos preguntas. En definitiva, intenta encontrar su sitio definiendo qué tiene que ver con otras personas y qué no tiene nada que ver con otras. De ahí que sea frecuente el negativismo o el rechazo a las ideas de los adultos, lo que les ayuda a encontrar su propia autonomía e identidad.

El enfoque de Erikson ha sufrido diversas críticas. Por ejemplo, se considera una teoría más descriptiva que explicativa y las investigaciones tampoco han demostrado que estos estadios sean universales ni que consten de estos estadios discretos (Arnett, 2015; Costa y McCrae, 1997). Sin embargo, sí que parece acertado al situar la búsqueda de la identidad como un aspecto clave de la adolescencia, aunque esta búsqueda probablemente sea más un proceso de continuidad que una crisis (Meeus et al., 2010).

Tabla 1. Estadios psicosociales de Erikson

Estadio	Crisis psicosocial	Etapas
1.	Confianza vs. desconfianza	Infancia (0 a 18 meses)
2.	Autonomía vs. vergüenza	Niñez temprana (18 meses a 3 años)
3.	Iniciativa vs. culpa	Edad del juego (3 a 5 años)
4.	Destreza vs. inferioridad	Edad escolar (5 a 12 años)
5.	Identidad vs. confusión de rol	Adolescencia (12 a 18 años)
6.	Intimidad vs. aislamiento	Adulto joven (18 a 40 años)
7.	Productividad vs. estancamiento	Adulthood (40 a 65 años)
8.	Integridad del yo vs. desesperanza	Madurez (> 65 años)

Siguiendo una evolución al enfoque iniciado por Erikson, otros autores han tratado de operacionalizar y estudiar desde un enfoque más empírico estas ideas. El principal autor en este sentido es Marcia (Marcia, 1966, 1980) quien identifica los estatus de identidad en función de dos dimensiones: indagación y compromiso. La primera se refiere a si la persona busca activamente y experimenta para encontrar su identidad; y la segunda sobre si se compromete vocacional, personal o ideológicamente. La combinación de estas dos dimensiones da lugar a los cuatro estadios que se expresan en la tabla 2.

Tabla 2. Estatus de identidad de Marcia

		¿Existe compromiso?	
		Sí	No
¿Existe indagación?	Sí	Logro de identidad	Moratoria
	No	Identidad hipotecada	Identidad difusa

Como conclusión, el modo de vivir la adolescencia y la búsqueda de la identidad puede estar expuesta a una alta variabilidad interpersonal, sin embargo, se encuentre o no se encuentre, la búsqueda de la identidad es un elemento clave de esta etapa, aunque puede alargarse más allá de la misma (Oliva, 1999). Fruto de los cambios, las decisiones y las experiencias en esta etapa se reconstruye un yo que tendrá consecuencias para la edad adulta y para el rol que la persona querrá asumir en la sociedad. Esta búsqueda de la identidad está altamente influida por la interacción con los iguales.

En esta etapa las relaciones con los iguales se vuelven más maduras, recíprocas tanto con sus amistades como con la pareja, y se hacen fundamentales para su bienestar. Los adolescentes pasan mucho tiempo offline y online con sus amistades, compartiendo experiencias, intereses, debatiendo formas de ver la vida, actividades y desarrollando y testando sus habilidades sociales (Brown y Larson, 2009). Ganar popularidad y sentirse integrado son motivaciones muy fuertes en esta etapa (LaFontana y Cillessen, 2010) lo que explica que con este objetivo se realicen comportamientos no deseables como conductas de riesgo, participar de violencia directa o indirecta, o consumir y abusar de alcohol y otras sustancias. Sin embargo, esta popularidad puede ganarse tanto por actos negativos como positivos, característicos de aquellos que tienden a ser agradables, atentos, simpáticos y sociables.

En lo que se refiere las relaciones de pareja existen diferencias en función de si comienzan en la adolescencia temprana (12-14 años) o tardía (14-17 años) (Connolly y McIsaac, 2009). En la adolescencia temprana las relaciones de pareja son generalmente más superficiales, se caracterizan por la atracción física y las relaciones se convierten en un importante motivo de conversación con los amigos. Además, en esta etapa las relaciones de pareja ayudan a aumentar el sentimiento de valía personal más allá de un compromiso real y recíproco con la pareja, aspecto que cambia en la adolescencia tardía donde la relación con la pareja se hace más íntima y puede constituir una importante fuente de apoyo interpersonal.

Los cambios cognitivos y psicosociales mencionados anteriormente también posibilitan un desarrollo moral en esta etapa; ya que es posible pensar sobre ideales y categorías abstractas, situarse en el lugar de otras personas, cuestionar los valores existentes e indagar y comprometerse con lo que se consideran los valores propios o del grupo que se considera de referencia.

El desarrollo moral fue estudiado tanto por Piaget como por Kohlberg. Según Piaget (1923, 1924, 1943), el menor va pasando por distintas etapas: etapa premoral (0-5 años), etapa de realismo moral (5-10 años) y por último transición a la moral autónoma y el relativismo moral (a partir de los 12 años).

En la etapa premoral o de moral heterónoma, los menores no tienen conciencia de normas y cumplirlas o no depende de la imposición externa por parte de la autoridad (los maestros o la familia). En la etapa del realismo moral surge la idea de justicia y la norma como algo necesario para que los juegos funcionen y sean divertidos; y por tanto la ruptura de la norma debe ser castigable. A lo largo de esta etapa deja de verse como algo impuesto sino algo que se puede acordar y modificar. En cualquier caso, lo relevante para seguir una norma, es la consecuencia de esta. Con el comienzo de la preadolescencia y la adolescencia llega el pensamiento abstracto que les permite interpretar y cuestionar las normas. Los adolescentes consideran que se deben tener en cuenta factores contextuales y la intencionalidad de los implicados a la hora de valorar si una norma ha sido incumplida o si debe tener una consecuencia. En el camino a la moral autónoma, que no es alcanzada de manera universal, el menor construye su propia moralidad y cumple con las normas ligadas a sus valores y con un mayor sentido de responsabilidad.

Según Kohlberg (1973) el desarrollo cognitivo posibilita el avance en el desarrollo moral pero no lo asegura. A través del estudio de las respuestas de los menores a diferentes dilemas

morales, Kohlberg describió tres fases del desarrollo moral: moral preconvencional; moral convencional y moral postconvencional.

El periodo de moral preconvencional (4-10 años) se caracteriza porque los niños actúan en función de controles externos, fundamentalmente para evitar castigos y obtener recompensas. Este periodo está compuesto por dos estadios. El primero, de moral heterónoma, donde el comportamiento es orientado en función del castigo o del premio y el pensamiento es egocéntrico. El segundo, caracterizado por una perspectiva individualista donde se actúa en función de los intereses propios, pero se reconoce que los demás también pueden tener intereses y se puede llegar a acuerdos. En el periodo convencional, se considera bueno o malo aquello que complace o disgusta a las personas de referencia. Este periodo también está dividido en dos fases, una primera caracterizada por la orientación a ser un niño bueno y una segunda orientada hacia la ley y el orden por el bien del funcionamiento del sistema. En este periodo los menores adquieren la perspectiva que les permite comprender las expectativas y los intereses de los demás y ajustar su comportamiento teniendo en cuenta estos.

La adolescencia ofrece la oportunidad de pasar al siguiente periodo: la moral posconvencional, en el que se comprenden y aceptan los principios morales que inspiran las normas. Se pasa de ese egocentrismo de las etapas anteriores hacia una orientación al contrato social en un primer momento y en un compromiso con los principios éticos individuales en un segundo momento. En esta fase se puede actuar quebrantando la norma si se considera que ésta atenta contra un principio ético universal.

La teoría de Kohlberg sufrió críticas en las que se dudó de la universalidad de la teoría, la validez transcultural, la falta de consideración de la influencia de las emociones en los periodos o al papel de la experiencia (para una revisión ver Krebs y Denton, 2005). En cualquier caso, estos estadios sirven para contextualizar en qué momento del desarrollo se van a examinar las variables de autocompasión, el bullying y la autoestima.

Por último, en el desarrollo emocional, la adolescencia da una oportunidad para evolucionar en la introspección, la conciencia, la regulación emocional, el autocontrol y en cómo sus estados emocionales afectan a su comportamiento (Rosenblum y Lewis, 2003). También comienzan a entender que las emociones tienen un importante papel en la toma de decisiones propias y en las de los demás (*¿Cómo me voy a sentir si...?*). En este periodo además el adolescente aumenta su *alfabeto emocional*, es decir, su capacidad para etiquetar y expresar sus emociones y puede ser más consciente de cuando siente emociones complejas y ambivalentes. También las emociones son sentidas con gran intensidad en esta época y los adolescentes con problemas emocionales ven comprometida su identidad y su bienestar psicológico (Ciarrochi et al., 2003). Pero ¿Qué se entiende por bienestar emocional y por bienestar en general?

El estudio de la felicidad tiene una larga tradición desde la filosofía y otras disciplinas. Desde la psicología, Ryan y Deci (2000) consideran que hay dos formas principales de acercarse al estudio de la felicidad y del bienestar y ajuste psicológico: la perspectiva del bienestar hedónico y la del bienestar eudaimónico; la primera centrada en el estudio de la felicidad y el confort y la segunda centrada en el desarrollo del potencial humano. Los estudios muestran que son dos conceptualizaciones diferentes, pero compatibles y relacionadas entre sí (Compton et al., 1996; Sanjuán 2011; Waterman, 2007).

Dentro de la perspectiva del bienestar eudaimónico se considera que la felicidad no es necesariamente equivalente al bienestar psicológico, por ejemplo, una persona puede estar en una fase maniaca de la que está disfrutando y referiría que se encuentra muy bien, pero eso no quiere decir que esté bien psicológicamente. Por tanto, desde esta perspectiva, el bienestar tiene que ver con desarrollar el potencial humano en diferentes aspectos y vivir de manera congruente con los valores y las metas de uno (Sanjuán, 2011). Este enfoque hereda y adapta principios e ideas de la psicología humanista como la autorrealización (Maslow, 1968), el

funcionamiento pleno (Rogers, 1961) o la madurez (Allport, 1961) pero desde una perspectiva empírica y de estudio sistemático.

Ryff (1989) propuso un modelo basado en hallazgos empíricos y desarrolló medidas para poder evaluarlo de un modo apropiado. En el modelo de Ryff, el bienestar psicológico está compuesto de diversos componentes: a) autoaceptación, entendido como ser consciente de las propias limitaciones y fortalezas de uno y aceptarlas; b) relaciones positivas con los demás; c) autonomía, entendido como la capacidad para dirigir el propio comportamiento y actuar con independencia y siendo capaz de regular las propias emociones; d) dominio ambiental, definido como la capacidad para elegir, adaptarse y crear entornos que permitan satisfacer las necesidades personales; e) propósito en la vida, que implica el logro o intento de logro de metas relevantes; y f) crecimiento personal que implica el proceso continuo del desarrollo del potencial y las habilidades de la persona.

En la misma línea, Seligman (Seligman, 2018) propone el modelo PERMA, acrónimo de *Positive Emotions, Engagement, Relationships, Meaning y Accomplishment* que en castellano se traduciría como: a) emociones positivas, b) compromiso que consiste en poner en práctica nuestras fortalezas, comprometernos en una tarea y experimentar con frecuencia experiencias de flujo, c) relaciones positivas; d) propósito como la implicación en dar sentido a nuestra vida más allá de nosotros mismos, es decir, sirviendo a un propósito más trascendental; e) logro como el establecimiento de metas y el esfuerzo por alcanzarlas.

Dentro de la perspectiva del bienestar hedónico se distinguen dos componentes: la satisfacción con la vida y el bienestar emocional, entendido este último como un equilibrio en la frecuencia con la que se experimentan emociones positivas y negativas, es decir, entre el afecto positivo y el negativo. El afecto quedaría definido como una tendencia a experimentar determinadas emociones. Las nombradas como positivas se refieren a emociones agradables para el sujeto (por ej., entusiasmo, energía, atención) y las negativas resultarían desagradables para el sujeto (por ej., miedo, nerviosismo, ansiedad).

En la línea del bienestar hedónico, la mayoría de los psicólogos han utilizado medidas que tienen que ver con satisfacción con la vida, entendido como una evaluación cognitiva de agrado y complacencia con la vida actual y pasada; y un componente afectivo, entendido como una alta frecuencia para experimentar emociones positivas y una baja frecuencia de emociones negativas.

Cuando se analizó la agrupación factorial de los afectos, parece que la estructura que mejor responde es la de dos factores, es decir, por un lado, afecto positivo y por otro, afecto negativo (Watson y Tellegen, 1985; Watson et al., 1999). Siendo estas dos dimensiones estados afectivos que pueden tener lugar en un espacio de tiempo determinado o disposiciones personales más o menos estables (Sandín et al. 1999).

Desde el punto de vista evolutivo, la diferenciación de los afectos va produciéndose con la edad, de algo más indiferenciado en el recién nacido al manejo de una gama más amplia de emociones y afectos en la adolescencia y la edad adulta.

El papel del afecto positivo y negativo también ha sido puesto en relación con otras variables además de con el bienestar. Dentro de la psicopatología, se ha asociado la presencia de un alto afecto negativo con el estrés o las quejas somáticas (Watson, 1988; Watson y Pennebaker, 1989). También la distinción entre afecto positivo y negativo ha ayudado a explicar la frecuente comorbilidad entre depresión y ansiedad. Según Tellegen (1985), esta comorbilidad se daría porque ambos trastornos comparten un alto afecto negativo, es decir, una tendencia a sentirse mal, pero se diferenciarían en que, en el caso de la depresión, también existen un bajo afecto positivo, es decir, dificultad para experimentar emociones agradables; y esto no está presente en el caso de la ansiedad (Watson et al., 1988). En esta línea, Clark y Watson (1991), en el “modelo tripartito” para la depresión, sugieren que existen tres factores: distrés general, hiperactivación fisiológica y anhedonia, ofreciendo un modelo tremendamente útil para explicar y diferenciar la sintomatología ansiosa, depresiva y su frecuente comorbilidad.

Como conclusión, la evaluación del afecto positivo y negativo y el balance afectivo, también llamado bienestar emocional, supone un excelente modo de medir el bienestar y el malestar de los adolescentes; ya que es una medida descriptiva, breve, fiable, fácilmente entendible y además tienen un gran valor predictor sobre otras variables relacionadas con el bienestar y la psicopatología (Joiner et al., 1997; Sandín, 2003).

En resumen, la adolescencia supone una época de grandes cambios, de intensidad, de desarrollo psicológico, emocional, moral, social e identitario; y ofrece una oportunidad única para evaluar el comportamiento de dos variables que han sido ampliamente estudiadas y asociadas con el bienestar emocional como la autoestima y la autocompasión. Además, resulta de especial interés estudiar estas dos variables con relación a un fenómeno que solo se da, por definición, en la infancia y en la adolescencia: el bullying. Dependiendo de cómo se encaminen estos cambios mencionados, estos pueden favorecer o dificultar la aparición de este problema con tan graves consecuencias. Conocer por tanto la relación entre estas variables es de interés tanto para la psicología educativa, la clínica y para la sociedad en general dada la magnitud y prevalencia del bullying.

2. AUTOCOMPASIÓN

2.1. Raíces del concepto

El estudio de la filosofía budista que está detrás del concepto trasciende los objetivos del presente trabajo, sin embargo, sí que es relevante conocer de manera simple cuáles son las raíces budistas del concepto.

El concepto de autocompasión proviene de la tradición budista y poco tiene que ver con el uso que habitualmente se le da en castellano. La compasión es uno de los conceptos fundamentales del budismo y pertenece a una de las cuatro *braha-maviharas* (las cuatro actitudes sublimes). Sin ánimo de entrar en excesiva profundidad, convendría aclarar cuáles son estas cuatro actitudes sublimes o ilimitadas: el amor benevolente (en sánscrito *maitri* o *metta*), la compasión (*Karunā*), la alegría (*muditā*) y la ecuanimidad (*upeksā*). El amor benevolente se refiere a la voluntad y el deseo de lograr el bienestar de todos los seres vivos. La compasión sería el ejercicio de ese amor benevolente cuando uno se encuentra con el sufrimiento y se entendería como el deseo de liberar a los seres vivos de su sufrimiento y de las causas que provocan ese malestar. El gozo se refiere a una alegría propia y también generada por la alegría de los demás. Por último, la ecuanimidad se refiere a trascender el hábito de discriminar y sería la actitud que nos permitiría ayudar a los otros de una manera dirigida. En el budismo estas habilidades o actitudes pueden ser dirigidas hacia los demás, pero también hacia nosotros mismos, siempre desde una perspectiva de buscar el bienestar de todos. Lograr estas actitudes implica el ejercicio meditativo y la voluntad de deshacernos de nuestro apego al ego (Khyentse, 2007).

Otro concepto relacionado es el de *bochichitta* que se refiere a la “mente que despierta” e implica la disciplina espiritual y la actitud de dedicarse al alivio del sufrimiento de los demás como fin último. Las personas que practican esto como su forma de vida son los llamados *bodhisattvas* (Tsering, 2008). Por tanto, desde el punto de vista del budismo, la autocompasión

sería dirigir estas actitudes hacia uno mismo, sin olvidar que estamos indefectiblemente relacionados con los demás.

Debido a que el término compasión es poco operativo, la psicología se ha acercado al concepto intentando estudiar los atributos propios de la compasión, como por ejemplo la motivación de cuidado, la capacidad para empatizar con otros, la habilidad para tolerar las emociones desagradables, o la capacidad para valorar a los otros y a sus actos sin juzgarles (Gilbert, 2005, 2009, 2010a). Lo que presentaremos en el presente trabajo será una versión secularizada y occidentalizada de estas enseñanzas. Ya dentro de la psicología occidental encontramos algunos términos que podríamos considerar relacionados con el término autocompasión:

- a) Empatía con uno mismo (*Self-empathy*). El término quedaría definido como un proceso en el que el individuo adopta una actitud de no juicio y abierta hacia uno mismo. Desde este punto de vista, la empatía para con uno mismo estaría relacionada con la empatía hacia los demás, en la que uno se siente emocionalmente conectado con los otros dándose cuenta de las similitudes que tenemos todos, como por ejemplo la inevitabilidad de cometer errores o pasar por momentos de sufrimiento (Jordan, J.V., 1989). El campo de desarrollo de este concepto ha estado, por lo general, vinculado al desarrollo femenino y no tanto al desarrollo general del ser humano (Neff, 2003a). Implicaría un proceso que emergería en el contexto clínico a través de una experiencia terapéutica mutua que hace aumentar el bienestar a través de cambios estructurales en las representaciones e imágenes relacionadas con uno mismo (Jordan, J.V., 1989).
- b) La aceptación en la psicología humanista. Uno de los motivos por los que la autocompasión ha surgido con relativa fuerza en estos últimos años es por ser una alternativa saludable a la autoestima. En este punto sería coincidente con la terapia humanista, en la que ya Rogers hablaba de que la gran causa de muchos problemas

psicológicos era el miedo al conocimiento de uno mismo (Rogers, 1961). La necesidad de convivir con un “yo irreal” que debe salir siempre reforzado en las comparaciones sociales y mantener la autoestima en unos niveles óptimos limita la capacidad de las personas para relacionarse consigo mismas y con los demás. La autocompasión también parte de una aceptación de nosotros mismos como el primer paso para poder ayudarnos en momentos de sufrimiento o cuando nos relacionamos con aspectos de nosotros mismos que nos desagradan o nos provocan sufrimiento.

- c) La regulación emocional. La regulación emocional hace referencia a los procesos por los que los individuos atienden, manejan la intensidad y gestionan sus emociones (Thompson, 1994). Podríamos considerar que la autocompasión es un recurso para lograr la regulación emocional y al mismo tiempo tendría mucho que ver con el componente de mindfulness que en los ítems de la escala hace referencia a mantener cierto equilibrio emocional ante las dificultades y situaciones desagradables de la vida. Ambos conceptos por tanto estarían íntimamente relacionados, aunque serían diferentes.

Estos tres conceptos mencionados nos servirían para acercarnos desde una perspectiva occidental al término de autocompasión. Veamos a continuación qué es exactamente la autocompasión y también qué no es la autocompasión; ya que es un término que puede inducir a error.

2.2. Definición del concepto de autocompasión

2.2.1. ¿Qué es la autocompasión?

La autocompasión es entendida como un modo saludable de relacionarnos con nosotros mismos y que implica tres componentes interrelacionados que mostramos cuando estamos sufriendo momentos de dolor, fracaso o sufrimiento (Neff, 2003a):

- Bondad para con uno mismo frente a juzgarse duramente. El primer componente se refiere al hecho de tratarnos a nosotros mismos con bondad frente a criticarnos

duramente o con crueldad cuando cometemos un error o estamos pasando por un momento de sufrimiento. Implicaría tratarnos con perdón, empatía, sensibilidad, calidez y paciencia hacia nuestros sentimientos, impulsos y comportamientos (Gilbert y Irons, 2005a; Neff, 2003a). Por el contrario, juzgarse duramente implicaría ser hostil, despectivo y crítico frente a las imperfecciones y los errores de uno mismo.

- Humanidad compartida frente a sentimientos de aislamiento. El segundo componente se refiere a entender que todos somos parte de la condición humana y que, por tanto, sufrimos, somos imperfectos y cometemos errores, frente a interpretar las situaciones de sufrimiento como exclusivas de lo que le ocurre a uno. Por así decirlo, aquellos sujetos más autocompasivos entenderían un fracaso o un error como parte de la vida en vez de interpretarlo con pensamientos del tipo “Esto sólo me pasa a mí”.
- Mindfulness frente a sobreidentificación. Este componente se refiere al término de atención plena, que se definiría en este caso como una perspectiva mental equilibrada que nos permitiría experimentar nuestras emociones y pensamientos con claridad y perspectiva partiendo de la aceptación frente a sobreidentificarnos con nuestras emociones, es decir dejándonos llevar por ellas sin la capacidad metacognitiva de observarlas.

¿Cómo se relacionan estos componentes entre sí?

Neff explica que los tres componentes son necesarios para que la autocompasión emerja y que los componentes positivos facilitan los positivos y hacen disminuir los negativos. Por ejemplo, enfrentarse con atención plena al dolor emocional (por ejemplo, “Esto es duro”) facilita una respuesta bondadosa y cálida (por ejemplo, “¿Qué puedo hacer para tratarme bien a mí mismo ahora?”) y reduce los sentimientos de sobreidentificación (“Esto no es el fin del mundo”). Del mismo modo, sentimientos de humanidad compartida (“Es normal meter la pata a veces”) disminuye pensamientos egocéntricos de aislamiento (“Esto no solo me afecta a mí”)

y aumenta la atención plena (“Puedo ver claramente que me he confundido”). Del mismo modo, el ser bondadoso con nosotros mismos cuando nos enfrentamos a nuestros propios defectos (“No es tan horrible no ser perfecto”) puede disminuir los autojuicios negativos (“A lo mejor no me tengo por qué sentir tan avergonzado”) y aumenta los sentimientos de humanidad compartida (“Supongo que muchas personas luchan también con este tipo de problemas”).

Explicado de un modo sencillo, sería dirigir hacia nosotros mismos la actitud y los sentimientos que podemos mostrar hacia un amigo o ser querido que esté pasando por un momento de sufrimiento o dificultad.

En este sentido y, aunque las hipótesis propuestas tendrían cierta lógica, no hay investigaciones que examinen la interrelación entre los 3 componentes en profundidad. Investigaciones que examinen como un factor influye sobre los otros dos serían de utilidad para aclarar esta interrelación. También habría que confirmar si trabajando uno de los tres componentes, los otros dos también se verían afectados o mejorados.

La conceptualización de Gilbert

Gilbert, define la autocompasión de un modo similar. Para él la autocompasión se basaría en dos aspectos fundamentales, en primer lugar, tener una sensibilidad hacia el sufrimiento de uno mismo y de los demás y, en segundo lugar, un profundo compromiso para intentar aliviarlo y prevenirlo. Esta segunda parte es importante aclararla y resaltarla; ya que indica que la compasión requiere compromiso. Practicar la compasión solo a través de ejercicios meditativos no es compasión si no existe una voluntad de aliviar el sufrimiento propio y también el ajeno. El componente sobre la sensibilidad queda bien explicado con el comienzo en el libro de Buda. Como el lector sabrá, Buda era un príncipe cuyo padre quería protegerlo de cualquier sufrimiento y lo tenía retenido en un palacio rodeado de belleza y múltiples placeres. Un día Buda escapó del palacio y vio miseria, sufrimiento y crueldad. Eso

supuso el despertar para él y a partir de ese momento decidió abandonar su “burbuja de oro”. Ese primer despertar ejemplifica bien la sensibilidad hacia el sufrimiento que exige la autocompasión. En ocasiones guardamos sufrimiento, pena o desagrado por algún defecto nuestro o ante el sufrimiento de otros, pero no estamos abiertos a experimentarlo. Para poder ejercer la compasión es necesario tener una actitud abierta al sufrimiento propio y al ajeno.

Para Gilbert, la mente compasiva posee una serie de atributos y habilidades. Algunos de esos atributos serían la sensibilidad hacia el sufrimiento comentado anteriormente, la voluntad de cuidado, la actitud abierta y no prejuiciosa, la capacidad para tolerar el malestar y la empatía tanto cognitiva (*empathy* en palabras de Gilbert) como emocional, es decir, el sentirse emocionalmente conmovido (*sympathy* en palabras de Gilbert). Como decíamos, estos atributos pueden ser desarrollados con mayor facilidad si entrenamos una serie de habilidades como son la atención, la capacidad de razonamiento, la capacidad para sentir y percibir los cambios y nuestro comportamiento, entendido como la capacidad para actuar, incluso cuando esto requiere valentía.

Gilbert es un investigador y clínico experimentado y es especialmente relevante que dota a los conceptos de compasión y autocompasión de una sólida base teórica asentada sobre la psicología evolucionista, el apego, la neurobiología, los sistemas emocionales y motivacionales, y las mentalidades sociales.

Aportaciones al concepto de autocompasión desde la psicología evolucionista y el apego

Como bien es conocido el cerebro del ser humano es considerado un cerebro triuno, esto quiere decir que en nuestro cerebro se encuentran incluidos los cerebros de nuestro desarrollo filogenético: el cerebro reptiliano, el cerebro mamífero, el cerebro de nuestro ancestro común con los simios y el cerebro exclusivamente humano con la capacidad de imaginar, planear, recordar, monitorizar, ser consciente de uno mismo, etc.

Es en el cerebro mamífero, compuesto fundamentalmente por el sistema límbico, donde se encuentran las emociones vinculadas al cuidado. A pesar de que hay especies no mamíferas que también demuestran ciertas pautas de cuidado de las crías (por ej., los cocodrilos o las aves), el apego es considerado típicamente mamífero y humano. El apego supuso una ventaja evolutiva; ya que la tasa de supervivencia de las crías de mamíferos es superior al de especies que no tienen cuidado parental o relaciones de apego. Las funciones del apego son varias: dar protección, responder ante llamadas de malestar de las crías, proveer cuidados físicos como la higiene o la comida, el propio afecto que es clave para el desarrollo madurativo del cerebro, enseñar y educar en habilidades para la vida y la supervivencia y la de interacción como por ejemplo estar presente y estimular varios sistemas de afecto como la curiosidad o el juego. Si prestamos atención, muchas de estas funciones provocan un efecto fundamental para el desarrollo saludable de las crías de los mamíferos que es la capacidad para calmarse. Esto es extremadamente relevante para el concepto de autocompasión. Cuando esas experiencias tempranas de interacción son saludables, es decir, cuando las figuras de apego son sensibles al malestar del niño y sus causas, y logran calmarlo, llevan a que el niño construya representaciones internas clave para el desarrollo de la autocompasión. Por ejemplo, el niño entiende que los otros le ayudan y que son fuente de confort, graba en su memoria experiencias tempranas de calma y se siente como una persona digna de ser querida.

Todo esto tiene consecuencias en el desarrollo del sistema nervioso autónomo, ya que el infante, cuando madura y ya no están presentes las figuras de apego, tiene los mecanismos necesarios para lograr calmarse ante las amenazas a través de esas representaciones mentales internas, se siente seguro a la hora de explorar y desarrolla también habilidades empáticas y relaciones sociales positivas a través de sus propios comportamientos prosociales en las interacciones con otros. Por el contrario, cuando un niño no recibe esta calidez por parte de sus figuras de apego, el niño crece con un doble problema. Por un lado, un sistema nervioso autónomo que provoca más malestar en situaciones desagradables; y por otro, una dificultad

para desarrollar su sistema auto-calmante. Por ejemplo, un niño que ha crecido en un entorno hostil o poco sensible a sus demandas es más probable que vea a los demás como amenazas y que no adquiera recuerdos de experiencias emocionales cálidas o que encuentre dificultades para tratarse bien a sí mismo o verse como una persona digna de amor. Esto será comentado con mayor profundidad cuando hablemos de los miedos de la autocompasión.

Aunque hay todavía estudios contradictorios sobre la fecha de surgimiento del *homo sapiens*, podemos considerar que hace aproximadamente 300.000 años comenzó a desarrollarse el cerebro humano. Este cerebro tenía algunas características de un cerebro primitivo con emociones como la rabia, la ira, el miedo, la tristeza, la alegría; con comportamientos como la lucha, la huida, la retirada o la capacidad para vincularse y con un sistema de relaciones, todavía antiguo, con motivaciones básicas como el sexo, el estatus y la lucha por los recursos. El cerebro nuevo integró esas funciones con otras nuevas como la capacidad para imaginar, fantasear, repasar el pasado, planear el futuro; y la capacidad de ser consciente de la existencia de uno mismo. En resumidas cuentas, hubo nuevas capacidades que se pusieron al servicio de viejas motivaciones y surgieron también nuevas motivaciones y capacidades fruto de la interacción de este cerebro nuevo con el antiguo, esto supuso un cambio radical con numerosos beneficios, pero que también vino con un coste: el desarrollo de psicopatologías que usan estas capacidades en nuestra contra. Hay un ejemplo que es utilizado de manera recurrente por los terapeutas de la terapia de aceptación y compromiso que ayuda a entender esta idea, hace referencia a cómo se enfrentan una cebra y un humano a un león. La cebra puede estar pastando tranquilamente cuando siente la presencia del depredador. En ese momento, siente pánico lo que le lleva primero a estar alerta y después a escapar. Una vez que el peligro ha pasado, vuelve a pastar tranquilamente; el ser humano no. El ser humano podría escapar en un primer momento, pero su sufrimiento en muchos casos no acabaría ahí, sino que le asaltarían pensamientos como: “¡Qué cerca ha estado! ¡Qué horror habría sido ser devorado por un león! ¿Qué pasará si vuelve a venir? ¿Y si hubieran estado los

niños cerca? No podría vivir si el león se llevara a uno de mis niños...” Por así decirlo, ese rumiar sobre el pasado y esa capacidad para fantasear sobre el futuro ha supuesto una ventaja adaptativa, por ejemplo, eso nos llevaría a diseñar sistemas de seguridad contra los leones; sin embargo ha venido con un coste; ya que el simple hecho de pensar sobre el león nos puede generar tanta ansiedad como tenerlo presente. Esta perspectiva es utilizada en la terapia centrada en autocompasión para hacer entender a los pacientes la naturaleza de nuestro cerebro tramposo (*tricky brain*), un cerebro nuevo que, en ocasiones, es reclutado por pasiones antiguas. Este cerebro y algunos de sus sistemas de respuesta son una herencia recibida de miles de años de evolución. Por ello, el individuo debe ser compasivo con los pensamientos y disposiciones de conducta propias de nuestro cerebro; ya que no son exclusivos del individuo sino de la humanidad, y por descontado, no han sido elegidos por el individuo. Por así decirlo, no sería nuestra culpa el tener estas disposiciones, pero sí sería nuestra responsabilidad lo que hacemos con ellas.

Además, esta explicación de Gilbert es relevante; ya que nos ayuda a entender cómo la autocompasión tiene ciertas capacidades metacognitivas al igual que el mindfulness, propias de un cerebro humano, pero además la autocompasión, a diferencia del mindfulness, está enraizada en capacidades más primitivas, características de nuestro cerebro más antiguo y mamífero como son la necesidad de cuidado y de establecer vínculos. El poder acceder a este cerebro primitivo y emocional en terapia y en la prevención de la salud mental tiene evidentes consecuencias positivas.

Aportaciones desde las Mentalidades Sociales y el Análisis Funcional Evolutivo de la conducta

Desde el Análisis Funcional Evolutivo de la Conducta se considera que las funciones motivacionales y emocionales que poseemos han sido también seleccionadas evolutivamente, al igual que los rasgos físicos. Aquellas funciones que fueron útiles para afrontar las contingencias han quedado hasta nuestros días. Desde este marco teórico, existe una

distinción entre las motivaciones, las estrategias y los sistemas de procesamiento sociales y los no sociales. La gran diferencia es que nuestro comportamiento tiende a ser diferente dependiendo de si nos estamos enfrentando con un “algo” con el que podemos interactuar (por ej., otra persona) a cuando nos enfrentamos a una amenaza con la que no podemos interactuar (por ej., un maremoto o una sequía). En el primer caso, a través de la interacción se puede influir en las consecuencias; pero en el segundo caso, no. En el primer caso, comprender e interactuar con un miembro de la misma especie puede ser mucho más complicado que interpretar el comportamiento de un depredador. Las mentalidades sociales corresponderían a ese primer sistema y las entenderíamos como sistemas motivacionales innatos que, cuando son activados, organizan un amplio rango de funciones psicológicas como la atención, la motivación, la cognición o el comportamiento fundamentalmente en situaciones de interacción social (Gilbert, 2014a).

De manera resumida, se muestran las mentalidades sociales en la tabla 3.

Tabla 3. Sistemas motivacionales tomados de Gilbert (2014b)

	Visión o sentimiento de uno mismo	Visión de los otros como	Asociación con amenazas y miedos conscientes y no conscientes
Búsqueda y elicitación de cuidados	Necesitado de recibir cuidado, cariño, protección, reafirmación, estimulación, apoyo y guía	Una fuente de cuidado, atención, seguridad, estimulación y guía	No disponibles, ausentes, privación, explotación, amenazantes o dañinos
Emitir cuidados	Proveedor de cuidado, protección, seguridad, reafirmación, estimulación, apoyo y guía	Receptor de cuidado, protección, seguridad, reafirmación, estimulación y guía	Sentirse sobrepasado, incapaz de proveer lo necesario, centrado en las amenazas o culpable
Cooperación	Valioso para los otros, con la voluntad de compartir, apreciar, contribuir y ayudar	Apreciadores de la contribución de uno, dispuestos a compartir, dados a la reciprocidad y gratos	Engañado, ninguneado, sentir ausencia de reciprocidad, sentirse rechazado o avergonzado
Competitividad	Inferior- superior, más o menos poderoso, más dañino o benevolente	Inferior- superior, más o menos poderoso, más dañino o benevolente	Subordinación involuntaria, vergüenza, marginación, abuso
Sexual	Deseable, atractivo	Deseable, atractivo	Sentirse rechazado o carente de atractivo

Acorde con este marco teórico, nuestras reacciones a los acontecimientos sociales dependen de la mentalidad social, pero también del contexto. Por ejemplo, nuestra disposición a ser empático con otro puede verse alterada en el caso de que nosotros mismos estemos en una posición de peligro (Liotti y Gilbert, 2011).

Especialmente relevante de este enfoque es la idea de que en las mentalidades sociales hay una interacción, una voluntad de dar, pero también de recibir. Cuando la autocompasión es dirigida hacia nosotros mismos también deben darse los dos componentes: la voluntad de dirigir esa compasión hacia nosotros mismos, pero también la voluntad y el deseo de recibirlo. Como veremos más adelante, en el apartado relacionado con los miedos a la autocompasión, este segundo componente es habitual que genere resistencias en los pacientes y en gran parte de la población general.

Por último, estos sistemas emocionales y motivacionales nos guían en nuestras conductas sociales y nos ayudan en la regulación de la conducta. Habría tres tipos de mecanismos de regulación emocional que implicarían sistemas de respuesta más o menos automáticos.

- **Centrado en la amenaza y en la autoprotección.** Este mecanismo busca la protección y la búsqueda de seguridad, y activa principalmente el sistema nervioso autónomo simpático. Las hormonas más presentes serían la adrenalina y el cortisol. Estaría presente en emociones como la rabia, la ansiedad o el asco. Su respuesta automática a nivel corporal son sensaciones de tensión, incremento de la frecuencia cardiaca, hormigueo o sequedad de boca. A nivel de atención, provoca visión de túnel, hipervigilancia y esfuerzos por predecir el comportamiento del otro. El comportamiento puede ser de evitación pasiva, evitación activa, comportamientos de sumisión, disociación o bloqueo.

- **Centrado en hacer y conseguir.** Este mecanismo busca la activación del organismo para lograr metas y provoca emociones como alegría, excitación, diversión y placer. Estaría asociado a la liberación de dopamina y provocaría emociones como el deseo, la búsqueda, las ganas de conseguir y la voluntad de consumir. También está vinculado a motivaciones competitivas y a lograr posiciones de poder. Estaría vinculado principalmente al sistema simpático. A nivel corporal, provocaría activación, aumento de la frecuencia cardíaca, deseos de actuar y dificultad para dormir. A nivel comportamental, provocaría una activación encaminada al logro de metas.
- **Centrado en la alegría y en el sentirse cómodo y seguro.** La principal función de este sistema es la de sentirse seguro y contento con el estado de las cosas, por ejemplo, disfrutando de un momento de cariño o de juego con un hijo. La principal hormona que sería liberada sería la oxitocina y provocaría sentimientos de satisfacción, seguridad, conexión, cuidado y confianza.

Lo interesante es que nuestro cerebro viene diseñado para que el mecanismo centrado en la amenaza y en la autoprotección se active “por defecto”. Recursos y habilidades como la autocompasión pueden ser especialmente útiles para activar el mecanismo centrado en el sentimiento de alegría y comodidad. Además, los diferentes sistemas de respuesta pueden interactuar o condicionarse. Es decir, un niño acostumbrado a sufrir rechazo o abuso, cuando esperaba recibir calidez, cariño y seguridad, puede aprender que el deseo de ser querido por alguien puede ser peligroso o dañino. De ese modo, es probable que ese niño, en el futuro, tenga ciertos bloqueos a la hora de pedir o recibir cariño o amor.

También los sistemas de respuesta interactúan con el contexto. Por ejemplo, una madre puede ser especialmente agresiva cuando está pendiente del cuidado de sus hijos y detecta una amenaza para ellos.

2.3. ¿Qué no es la autocompasión?

La autocompasión es un término que puede llevar a cierta confusión, especialmente en español o castellano. Según la RAE, la compasión hace referencia a un sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien. Por tanto, es normal que el término autocompasión sea entendido entre los legos en el tema como un sentimiento de pena, de ternura y de identificación hacia uno mismo. Si bien el matiz de ternura estaría implícito en el concepto de autocompasión tal y como lo hemos definido en el presente trabajo, los otros dos matices (pena e identificación) serían inadecuados o prácticamente contrarios a la conceptualización de Neff cuando acuñó el término y elaboró la escala para su estudio.

Dentro del campo de la psicología, el término “autocompasión” ha sido utilizado, hasta hace relativamente poco, de un modo que poco tiene que ver con la conceptualización que queremos ofrecer en el presente trabajo. Por ejemplo, dentro de las técnicas emotivas de la Terapia Cognitivo Conductual, se habla de la técnica de inducción de la autocompasión, refiriéndose a una técnica que intenta provocar un sentimiento de pena por uno mismo en el paciente con el objetivo de aliviar la alexitimia y facilitar la expresión emocional en un episodio de tristeza o depresión (Fernández et al., 2012). A continuación aclaramos la diferencia entre autocompasión y una serie de términos con los que sería susceptible de confundirse:

2.3.1. No es pena por uno mismo

El sentimiento de pena podríamos entenderlo por un sentimiento de tristeza, lástima o de intenso dolor emocional ante el sufrimiento de otro. Por tanto, la pena por uno mismo podríamos entenderla como un sentimiento de gran tristeza y lástima hacia nosotros mismos. Curiosamente desde la psicología, el concepto de pena por uno mismo ha sido escasamente estudiado hasta el momento y las aportaciones fundamentales provienen de autores psicoanalíticos (Stöber, 2003). Charmaz (1980) realizó una serie de entrevistas con personas con una enfermedad crónica. En ellas, Charmaz destacó que la pena por uno mismo solía ir acompañada de intensos sentimientos de tristeza, pérdida e injusticia. No es extraño que

personas que están pasando por una situación traumática expresen sentimientos de envidia de aquellos que no la han sufrido o la están sufriendo, por ejemplo, a través de un monólogo interno con frases como “¿Por qué no a ellos?”, “¿Por qué yo?” o “¿Por qué me merecía yo esto?”. Este tipo de monólogo interno no es exclusivo de personas que sufren una enfermedad grave o personas que están bajo una intensa situación de estrés, sino que puede ocurrir de manera ocasional en casi todas las personas, por ejemplo, ante una regañina con un ser querido o cuando en una situación no se cumplen nuestras expectativas (Kahn, 1965).

Desde el punto de vista clínico, las personas que tienden a sentir pena por uno mismo serían personas que suelen esperar más del entorno que lo que el entorno está dispuesto a darles. Estas personas sentirían por tanto una frustración constante que podría provocar dos tipos de salidas, o bien buscar apartarse del entorno o bien emitir agresión, hostilidad y rabia hacia los demás. Además, estas personas tenderían a experimentar cierta inseguridad, que les llevaría a una dificultad para confrontar a los demás y expresar su rabia, con lo que su rabia se desplazaría hacia uno mismo (Milrod, 1972; Wilson, 1985).

A pesar de lo muy interesante de estas teorías hay pocos estudios que demuestren que esto sea así. Apenas el cuestionario *Stressverarbeitungsfragebogen* (Janke et al., 1985) incluye algunos ítems al respecto. Los ítems incluidos en la escala son frases como “Siento lástima de mí mismo”, “Envidia a los que no les ocurren estas cosas”, “Tengo la sensación de que la suerte nunca está de mi lado”, “No entiendo por qué soy yo siempre quien tiene mala suerte”, “Creo que las cosas malas siempre me pasan a mí”, “Me pregunto por qué, de entre todas las personas, esto tuvo que pasarme a mí”. Según el análisis factorial, la escala de pena por uno mismo cae dentro de la categoría de rumiación, autoacusación, retirada social, resignación y tendencias de evitación (*ruminaton, self-accusation, social withdrawal, resignation* y *avoidance tendencies*), es decir, tendría más que ver con las estrategias de afrontamiento del estrés que tienden a agravar los problemas o que resultan inefectivas para

solucionarlos. Estos autores encontraron que la pena por uno mismo estaba fuertemente relacionada con neuroticismo y con ansiedad rasgo. Becker (1985) investigó la relación entre los diferentes tipos de afrontamiento al estrés y su relación con salud mental (medido a través de cuestionarios y eventos médicos). En dicho estudio encontró que la pena por uno mismo era de los tipos de afrontamiento que guardaba una mayor correlación negativa con salud mental, incluso mayor que los estilos de resignación o de abuso de drogas.

En resumen, podríamos decir que la pena y la autocompasión son dos términos conceptualmente diferentes y que esa diferencia también se puede encontrar en el comportamiento de ambas variables en relación con otras como la ansiedad rasgo, el neuroticismo o la salud mental. En todo caso, podríamos intuir que la pena para con uno mismo podría resultar similar a alguno de los componentes negativos de la autocompasión, en concreto al componente de sobreidentificación. En cualquier caso, hasta el momento no hay estudios que hayan estudiado la correlación entre ambas escalas.

2.3.2. No es indulgencia para con uno mismo

Relacionado con una de las resistencias que se mencionaban anteriormente respecto a la autocompasión, es posible que entendamos que tener un trato bondadoso hacia nosotros mismos en situaciones de fracaso o cuando cometemos un error, podría ser interpretado como un caso de indulgencia hacia nosotros mismos. Sin embargo, la autocompasión y la indulgencia para con uno mismo son conceptos bien diferenciados. Veámoslo con un ejemplo. Anteriormente, hemos intentado dar una explicación simple de cómo explicar la autocompasión a una persona que por primera vez se acerca al concepto. Según esta explicación, diríamos que por autocompasión entendemos dirigir hacia nosotros mismos el trato que solemos tener hacia un ser querido que está pasando por una dificultad o sufrimiento. Por ejemplo, si un amigo suspendiera todas las asignaturas en el primer cuatrimestre de la carrera, no sería compasivo ni de buen amigo decirle: “no te preocupes, todo el mundo suspende alguna asignatura, olvídate y disfruta de la vida”. Tampoco sería de

buen amigo, decirle: “Eres un tonto y un vago”. Sí sería de buen amigo decirle algo como: “Vaya fastidio, parece que te has relajado demasiado y has cometido un error grave suspendiendo todas las asignaturas. Esto que has hecho los dos sabemos que no está bien. Es normal que, después de esto, te sientas mal contigo mismo; y eso es saludable porque te va a ayudar a poner más esfuerzo en el próximo cuatrimestre. Todo el mundo se equivoca y comete errores, ahora lo importante es poner los medios para que no vuelva a pasar. Tú eres mi amigo y por eso en este segundo cuatrimestre, si tú quieres, puedo echarte una mano para que te organices mejor y saques las asignaturas, pero el esfuerzo debe ser tuyo”. También es común que creamos que estas verbalizaciones negativas que nos hacemos hacia nosotros mismos nos ayudan a mantener ciertos estándares de calidad en lo que hacemos, sin embargo ¿hasta qué punto necesitamos maltratarnos a nosotros mismos para mantener esos estándares? Decirle a un niño que es malo y violento, no suele funcionar para que el niño deje de serlo. ¿Por qué entonces creemos que diciéndonos a nosotros mismos frase como “qué desastre eres” nos vamos a ayudar a mejorar nuestro comportamiento?

Las personas más autoexigentes tienden a hacer esfuerzos mayores para mantener un concepto más elevado de sí mismas. Esta actitud hacia uno mismo puede hacer más difícil que estén abiertas a aceptar sus errores e imperfecciones. Germer y Neff (2013) dieron respuesta a esta crítica. En su publicación señalaban varios estudios que habían encontrado que la autocompasión no estaba relacionada con el nivel de los estándares que uno mismo se fijaba y que, sin embargo, estaba negativamente relacionada con un perfeccionismo desadaptativo (Neff, 2003a). En otros estudios se encontró que las personas que puntúan alto en autocompasión tienen un menor temor a fracasar (Neff et al., 2005) y muestran una tendencia mayor a volver a intentarlo una vez que han fracasado (Neely et al., 2009). Además, es más probable que las personas autocompasivas acepten sus propios errores y equivocaciones morales en el pasado y que hagan esfuerzos para no volver a cometerlas (Breines y Chen, 2012). Además, las personas que puntúan alto en autocompasión son más tendentes a

comprometerse con hábitos relacionados con la salud física en los que es necesario un nivel alto de autoexigencia y cierta capacidad para rehacerse después de los errores cometidos como por ejemplo comenzar una dieta, mantenerse a dieta o dejar de fumar (Kelly et al., 2009; Leary, M. R. et al., 2007; Magnus et al., 2010).

La autocompasión no promueve el sentirse bien bajo cualquier concepto y a pesar de haberse confundido, sino que favorece una actitud abierta hacia nuestros errores y hacia las emociones desagradables que nuestros errores nos pueden suscitar. Lógicamente ser sensible a los propios errores y estar abiertos a aceptarlos hace más fácil que podamos modificar nuestro comportamiento.

2.3.3. No es lo mismo que empatía

Al comparar compasión con empatía, deberíamos definir en primer lugar qué es empatía. A modo general, la mayoría estaríamos de acuerdo en entender la empatía como ponerse en el lugar del otro. En términos psicológicos, podríamos definirlo como una respuesta emocional orientada hacia el otro eliciteda para el bienestar de este último. A la hora de investigarlo, existen varias definiciones: conocer el estado interno de la otra persona, asumir la postura de otro observado o proyectarse uno mismo en la situación de otro (para una revisión más exhaustiva ver Batson et al., 2016).

La distinción entre empatía y compasión no está exenta de cierta polémica, pero sí hay algunos aspectos diferentes. En primer lugar, tanto la empatía como la autocompasión siempre buscan liberar a la persona del sufrimiento y de sus causas. Es decir, en la compasión habría una disposición de cariño y calidez ante el sufrimiento de otro. En la definición de empatía no se contempla esto y es posible que una persona utilice su capacidad empática para aprovecharse. Un ejemplo clásico es el de que un malvado empático es peor que un malvado no empático, porque el malvado empático es capaz de ponerse en el lugar de la víctima y conocer sus sufrimientos y miedos.

En segundo lugar, la empatía hace referencia a un espectro mayor de emociones. Es decir, la compasión y la autocompasión están inevitablemente relacionadas con el sufrimiento. Sin embargo, la empatía puede estar relacionada con otras emociones. Por ejemplo, gracias a la empatía somos capaces de sentirnos alegres cuando un ser querido lo está. Además, la autocompasión sería un poderoso recurso para sostener la empatía en momentos de estrés o confrontación. Por ejemplo, nos es difícil ser empáticos con una persona que nos está atacando. En ese tipo de situaciones la compasión y la autocompasión podrían venir al rescate y facilitar la empatía con el otro.

En tercer lugar, la empatía está inevitablemente ligada al terreno interpersonal. La autocompasión tiene un fuerte componente contemplativo heredado de la tradición budista, pero también dentro de la psicología occidental se ha servido del marco *self-to-self*, es decir, de las relaciones intrapsicológicas. Aunque, como hemos mencionado antes, existe el término de empatía para con uno mismo, simplemente ser capaces de sentirnos como ya nos estamos sintiendo no nos aportaría demasiado, simplemente algo de perspectiva. Es la capacidad para darse y recibir compasión, cariño y calidez lo que puede marcar la diferencia. Una frase del Dalai Lama ilustra esta idea: “Para que alguien pueda desarrollar una compasión genuina hacia los demás, primero debe tener la base sobre la que cultivar esa compasión; y esa base es la habilidad para conectar con las propias emociones de uno y para preocuparse por el bienestar de uno mismo. Cuidar de los otros requiere saber cuidarse a uno mismo”. Podemos clarificarlo más con el ejemplo de las mascarillas de oxígeno de los aviones. Si estuviéramos volando con un niño y la cabina del avión se despresurizase y cayesen las mascarillas de oxígeno, no deberíamos colocar la mascarilla de oxígeno en primer lugar al niño, sino que deberíamos colocárnosla primero nosotros y después colocársela al niño. Por tanto, se produce un efecto paradójico. Para ayudar a los demás, tenemos que aprender a ayudarnos a nosotros mismos. Este aspecto no es contemplado desde el punto de vista de la empatía. El estudio de la

autocompasión ha abierto un importante campo sobre la importancia de las relaciones intrapsicológicas.

2.3.4. No es mal de muchos, consuelo de tontos

Dentro de la conceptualización se deja claro que la autocompasión no intenta ser un mal de muchos, consuelo de tontos, sino que parte de una visión más amplia en la que se considera que los errores, las imperfecciones y el sufrimiento son parte de la condición humana. Desde la perspectiva del “mal de muchos” parece que una persona se podría alegrar cuando a las personas del entorno le va mal, pero esto estaría basado en la comparación social, un concepto del que huye la autocompasión (Neff, 2003a).

2.3.5. No se trata de autoestima.

Neff y Vonk (2009) analizaron las relaciones que mantenían la autoestima y la autocompasión con varios aspectos del funcionamiento psicológico. Como conclusiones principales obtuvieron que la autocompasión predecía sentimientos más estables de auto-valía (*self-worth*) que la autoestima, y era menos contingente con acontecimientos o resultados particulares. La autocompasión también mantenía una asociación negativa con la comparación social, con autoconciencia pública (*Public self-consciousness*¹, Fenigstein, 1975), rumiación, rabia y necesidad de cerrazón cognitiva (*cognitive closure*). Por otro lado, la autoestima fue asociada con mayores niveles de narcisismo. En cualquier caso, ambos conceptos fueron buenos y equivalentes predictores de felicidad, optimismo y afecto positivo, lo que nos lleva a pensar que la autocompasión es una alternativa a la autoestima si consideramos lo que constituye un estado saludable para con uno mismo. Aparentemente ambas guardan una relación parecida con medidas del bienestar, pero la autocompasión parece mantener menos inconvenientes. En resumen, a pesar de que la autocompasión es parecida a la autoestima global, en el sentido de que implica experimentar emociones positivas más que negativas hacia uno mismo, los dos conceptos tienen importantes puntos de diferenciación. La autoestima

¹ Conciencia general de uno mismo como un objeto social que tiene un efecto en los demás.

descansa en evaluaciones positivas de uno mismo (en la línea de las definiciones de W. James), y por ello funciona en el nivel del autoconcepto representacional (Harter, 1999). Por otro lado, la autocompasión implica un tipo particular de evaluación o representación cognitiva de uno mismo. Más bien se trata de un tipo de estado de conciencia abierto que permite abrazar todos los aspectos de la experiencia personal. Por ello, las personas autocompasivas deberían tener una menor necesidad de realzar o defender sus egos que aquellos que están motivados por mantener la autoestima a salvo, dado que los sentimientos de insuficiencia son tratados con aceptación más que con un sentido de evaluación o de juicio. Por otro lado, mientras que la autoestima está basada en el sentimiento de sentirse especial, la autocompasión reconoce los aspectos compartidos y universales de la condición humana, como puede ser el fracaso. Por último, la autoestima es más contingente con el logro de metas, mientras la autocompasión aparece en aquellos momentos en los que la vida no va tan bien, permitiendo una mayor resiliencia y estabilidad (Neff y Vonk, 2009).

2.4. La escala

2.4.1. Explicación de la escala

La mayoría de las investigaciones sobre autocompasión se han realizado utilizando la escala de Neff (2003b). Según Neff, la escala busca representar explícitamente los pensamientos, emociones y comportamientos asociados con los diferentes componentes de la autocompasión.

La escala de autocompasión (Neff, 2003b) es una escala autoinformada que comprende 6 subescalas: bondad para con uno mismo (*self-kindness subscale*, por ejemplo: “Trato de ser comprensivo y paciente con los aspectos de mi personalidad que no me gustan”); juicios sobre uno mismo (*self-judgement subscale*, por ejemplo: “Me desapruedo y juzgo por mis fallos e imperfecciones”), humanidad compartida/condición humana (*common humanity*, por ejemplo: “Trato de ver mis fallos como parte de la condición humana”); aislamiento (*isolation subscale*, por ejemplo: “Pensar en mis imperfecciones hace que me sienta más

aislado y separado del resto del mundo"); atención plena (*mindfulness*, por ejemplo: "Cuando ocurre algo doloroso, trato de tener un punto de vista equilibrado de la situación"); y sobreidentificación (*overidentification*, por ejemplo: ". Cuando me siento mal, tiendo a obsesionarme y quedarme fijado en todo lo que está mal"). La escala se contesta en un baremo de 5 puntos donde 1 corresponde a "casi nunca" y 5 a "casi siempre".

Para calcular una puntuación global, las puntuaciones de los ítems de los componentes no compasivos se codifican de manera inversa, lo que quiere decir que mayores puntuaciones representan menor frecuencia en esos ítems. Después se calculan las puntuaciones medias para cada escala, sumando las puntuaciones de cada ítem de un componente y dividiéndolo por el número de ítems; ya que el número de ítems para cada subescala es diferente. A continuación, se calcula una media global que es lo que es considerado puntuación total de autocompasión. Por tanto, los investigadores pueden utilizar la escala obteniendo una puntuación global u obteniendo las puntuaciones de las subescalas.

La escala original fue desarrollada y testada con una muestra de estudiantes universitarios. En dichos resultados se realizó un análisis confirmatorio. Este análisis mostró que emergían 6 factores coincidentes con las 6 subescalas. En un segundo análisis confirmatorio se encontró que un factor de segundo orden podría explicar las intercorrelaciones entre las diferentes subescalas. Esta estructura fue testada en una segunda muestra de estudiantes. Tras dichos análisis se descartó que las subescalas tuvieran una estructura dimensional, es decir, que 6 factores independientes explicaban mejor las puntuaciones obtenidas en la muestra que 3 dimensiones. Neff desarrolló además una versión de 12 ítems que también cuenta con una adecuada validez y buenos índices de fiabilidad (Raes et al., 2011).

La escala ha sido adaptada y utilizada en diferentes países y contextos como Brasil, Japón, Irán, Italia, Portugal, República Checa, China, Corea, España, Grecia, Turquía, Tailandia y

Taiwán (Arimitsu, 2014; Azizi et al., 2013; Benda y Reichova, 2016; Castilho y Pinto-Gouveia, 2011; Chen et al., 2011; de Souza y Hutz, 2016; Deniz et al., 2008; Garcia-Campayo et al., 2014; Karakasidou et al., 2017; Kyeong, 2013; Neff et al., 2008; Petrocchi et al., 2014). En general, la escala ha mostrado buena fiabilidad en estos contextos, aunque la estructura factorial ha recibido algunas críticas y se han propuesto otras alternativas que veremos más adelante.

2.4.2. Puntuaciones en la escala según el género

En su primer artículo, Neff (2003b) encontró que las mujeres mostraban niveles significativamente inferiores a los de los hombres tanto en la puntuación total, como en el componente de mindfulness. Asimismo, las mujeres puntuaban más alto en las subescalas negativas (sobreidentificación, aislamiento y auto-enjuiciamiento). Otros investigadores, incluido el autor del presente trabajo, también encontraron las mismas diferencias en una muestra de adolescentes y en una muestra de universitarios españoles (Bluth y Blanton, 2015). Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias dependiendo del género (Neff y McGehee, 2010). Por tanto, las publicaciones han ido mostrando resultados contradictorios al respecto dependiendo de las muestras analizadas. Finalmente, Yarnell (2015) realizó un metaanálisis donde constató un hecho relevante: cuanto mayor era el porcentaje de minoría étnica en las muestras estudiadas, mayor era el efecto de las diferencias entre géneros. Una hipótesis plausible es que las diferencias en los niveles de interrelación personal en las diferentes culturas estudiadas podían explicar las diferencias, como ya ha sido demostrado en algún estudio (Neff et al., 2008; Singelis, 1994). No obstante, lo que apuntó el metaanálisis es que no eran las diferencias culturales lo que explicaban estos datos, sino que era el hecho en sí de ser inmigrante el que influía sobre estas diferencias. Estos datos tendrían sentido; ya que no es de extrañar que personas que no se sienten totalmente identificadas con el lugar donde viven y con las personas que les rodean, tiendan a experimentar sus sufrimientos y dificultades como poco compartidos por las personas de su entorno o que en cierta manera tiendan a sentirse más aisladas. Sin embargo, aunque podamos teorizar sobre las causas, no existe

evidencia científica que explique por qué esto afecta más a las mujeres inmigrantes que a los hombres inmigrantes.

2.4.3. Críticas a la escala y al concepto

Algunos autores apuestan que dos medidas, una positiva (*self-compassion*) y una negativa (*self-coldness*) podrían explicar mejor la estructura de la escala (Brenner et al., 2017, 2018). Estos autores basan su crítica en que diversos estudios han tenido problemas para replicar la estructura factorial inicial defendida por Neff (Costa et al., 2016; Deniz et al., 2008; Muris et al., 2016). Además, los autores añaden que en el estudio original de la escala de Neff no se hizo un análisis factorial de todos los factores juntos y que un modelo bifactorial sería coherente con el modelo teórico de Gilbert. El factor que llamaríamos como autocompasión negativa (*self-coldness*) encajaría como el sistema de amenaza; y la autocompasión positiva (*self-compassion*) encajaría con el sistema de calidez (*warmth*). Ambos sistemas han sido descritos en trabajos previos, en el que el primero tendría más que ver con la activación del sistema nervioso autónomo simpático y el segundo con la activación del parasimpático (Gilbert y Irons, 2004; Porges, 2007). Para comprobar su hipótesis, Brenner y colaboradores estudiaron en dos muestras, una de estudiantes ($N=457$) y otra de adultos ($N=794$) si la influencia de la autocompasión y de la autocompasión negativa influían diferencialmente sobre el bienestar y el malestar subjetivo. Los resultados señalaron que la autocompasión negativa tenía una influencia tanto sobre el bienestar como sobre el malestar, mientras que la autocompasión positiva solo tenía una influencia directa sobre el bienestar. Sin embargo, aparentemente la autocompasión positiva mostró un efecto amortiguador entre la autocompasión negativa y los niveles de malestar subjetivo.

Las implicaciones de la estructura de la escala podrían ser relevantes; ya que nos lleva a dudar sobre si las intervenciones deberían ser dirigidas exclusivamente a los componentes negativos de la autocompasión o si abordar también los componentes positivos puede provocar una mejora diferencial en los pacientes (Cleare et al., 2018).

Otros autores ponen en cuestión el concepto, la estructura y la validez de la escala arguyendo que la autocompasión ha sido definida en términos positivos como un constructo que emergería a partir de ser bondadoso con uno mismo, comprender los errores y defectos de uno como parte de la condición humana y por la capacidad para tener cierto equilibrio emocional ante los momentos de adversidad. Sin embargo, la mitad de los ítems de la escala aludirían a aspectos negativos y serían codificados a la inversa. Por tanto, la escala parece que mide más bien la ausencia de autocompasión que la existencia de esta (Muris et al., 2016; Muris y Petrocchi, 2017). Para estos autores, la abundancia de ítems negativos es lo que explicaría la alta correlación negativa encontrada entre psicopatología y autocompasión y concluye que, si nos quedáramos exclusivamente con los ítems positivos de la escala, la relación entre ambas variables sería mucho menor. Estos autores añaden que los componentes negativos de la escala tendrían demasiado que ver con conceptos ya estudiados en el pasado como *harsh self-criticism* (Zuroff et al., 1990), *social withdrawal* (Rubin y Coplan, 2004) o *self-focused rumination* (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995). Muris también realizó un metaanálisis contando con los 18 estudios que, hasta la fecha de publicación del artículo, habían informado de las puntuaciones diferenciales en autocompasión positiva y negativa y su influencia sobre distintos cuadros psicopatológicos. Muris concluyó que la autocompasión positiva guardó una relación moderada (r entre -0,27 y -0,34) con psicopatología, mientras que los componentes negativos de la autocompasión guardaron una relación grande (r entre 0,47 y 0,50). Muris también realizó una investigación con 184 estudiantes de secundaria en el que relacionó autocompasión positiva y negativa con comportamientos externalizantes e internalizantes. Según sus análisis, el 38,2% de la varianza fue explicado por lo que podríamos llamar como la autocompasión negativa o *self-coldness*; mientras que la autocompasión positiva o *self-warmth* solo explicaría el 6% de la varianza. Muris concluyó que el estudio de la asociación entre psicopatología y autocompasión era potencialmente útil, pero que la relación

encontrada con la psicopatología hasta el momento estaba inflada por los componentes negativos de la misma.

Neff respondió a estas críticas y defendió que un modelo bifactorial parece ser el que muestra un mejor ajuste. Un modelo bifactorial es más flexible que los modelos confirmatorios y aceptan que la varianza de los ítems puede cargar sobre un factor (por ejemplo, sobreidentificación) y a la vez sobre un factor más general (por ejemplo, autocompasión). Neff indica que los investigadores en el futuro deberían examinar este modelo bifactorial calculando también la cantidad de varianza que se puede atribuir a una puntuación total de autocompasión además del modelo de 6 factores para evaluar la validez.

Asimismo, considera que lo más apropiado es conservar las seis subescalas que pueden dar un *insight* sobre factores claves en la psicopatología, como por ejemplo el componente de aislamiento que demostró explicar el 18% de sintomatología depresiva mientras que no se encontró tal peso con los otros factores (Körner et al., 2015). Si el estudio se hubiera realizado con una puntuación general de los ítems negativos, no se habría podido averiguar el importante aporte de este componente de manera aislada.

Neff también argumenta que el hecho de la práctica de la autocompasión afecta tanto los componentes positivos como los componentes más negativos de la autocompasión con una magnitud similar y que además esos incrementos en la autocompasión tienen que ver con aumentos en felicidad, satisfacción con la vida y descensos en depresión, ansiedad y estrés (Neff y Germer, 2013), por ello, el factor protector que supone la autocompasión frente a la psicopatología estaría justificado.

Por tanto, la escala parece ser flexible para la utilización en función de los intereses de la investigación. Del mismo modo que ocurre en el afecto positivo y negativo puede resultar útil calcular el balance afectivo o calcular las dos escalas por separado. Obviamente, la información es más completa cuando se calculan las puntuaciones de las escalas por separado,

pero en determinadas ocasiones calcular el balance afectivo puede resultar útil, y del mismo modo ocurre con la escala de autocompasión. Es posible calcular sus 6 subescalas, dos factores (uno positivo y otro negativo) o la puntuación total. En cualquier caso, sí se debe tener en cuenta que se desaconseja el cálculo de los subfactores en el caso de utilizar la versión breve de la escala (Neff, et al., 2018).

La validez de la escala también ha sido criticada y acusada de incurrir en la “falacia de la jungla” (*the jungle falacy*), aquella por la que dos términos son entendidos como dos constructos distintos por el simple hecho de ser nombrados de manera diferente a pesar de que hacen referencia a la misma variable. Pfattheicher et al. (2017) consideran que la autocompasión negativa y el factor neuroticismo del modelo de los Cinco Grandes de personalidad hacen referencia al mismo constructo y que los componentes positivos de la autocompasión harían simplemente referencia a tendencias de comportamiento y pensamiento comunes en los individuos no neuróticos. Neff et al. (2018) respondieron a esta crítica aceptando que la autocompasión y el neuroticismo guardaron correlaciones del 65% pero que corresponden a constructos diferentes; ya que la autocompasión incluiría un componente de regulación emocional no incluido en el concepto de neuroticismo.

Una manera de probar esto es ver cómo ambas variables predicen el resultado en una tercera y ver si al añadir neuroticismo o autocompasión existe una validez incremental en los modelos. En un primer estudio que perseguía testar esta diferencia, Stutts et al. (2018) encontraron en una investigación longitudinal que la autocompasión predecía cambios en depresión, ansiedad y afecto negativo, incluso después de controlar la variable neuroticismo. A pesar de que la crítica de Pfattheicher et al. (2017). comenzaba con que todavía no existían estudios que pusieran en relación la autocompasión con el modelo de los Cinco Grandes de personalidad no era del todo cierto; ya que ya existía un estudio de 2007 (Neff et al., 2007) que sí había estudiado esta relación. Sin embargo, en dicho estudio no se testó la variabilidad

explicada por la autocompasión en las distintas variables una vez que se controló el efecto de los Cinco Grandes factores de personalidad. Ante las críticas, Neff et al. (2018), volvieron a revisar los datos. Los resultados de dicho estudio fueron que el neuroticismo y la autocompasión explicaban un porcentaje similar de la varianza en las variables sabiduría, felicidad, autoestima y bienestar psicológico; y que, respecto al afecto positivo, la autocompasión tuvo un mayor valor predictivo que el neuroticismo, pero no ocurrió así para el afecto negativo, donde la autocompasión no explicó ninguna validez incremental más allá del neuroticismo. En resumen, parece que efectivamente ambas variables predicen los efectos de manera diferencial sobre terceras variables y que la autocompasión aporta una validez incremental a ciertos modelos.

Un aspecto importante a tener en cuenta aquí es que los estudios donde se ha encontrado un mejor funcionamiento de la escala ha sido en aquellos que han contado con muestras de estudiantes y han sido realizados en inglés, mientras que se ha encontrado un peor ajuste en las adaptaciones a otros idiomas o con otras poblaciones. Es probable que haya algunos ítems que puedan provocar cierta confusión y eso vaya en detrimento del ajuste de la escala. Tener en cuenta estos matices lingüísticos y culturales puede ser especialmente relevante para el estudio de la escala, así como aumentar la legibilidad de los ítems y comprobar la escala con diferentes poblaciones.

Lo que sí parece claro es que el concepto de autocompasión es un concepto independiente y novedoso que está abriendo un interesantísimo campo de investigación tanto en su relación con los aspectos positivos del funcionamiento psicológico como con la psicopatología y, aunque la escala pueda ser mejorable, la difusión del concepto probablemente traiga más beneficios que perjuicios.

2.5. Implicaciones del concepto de autocompasión

Desde que se publicara la escala en 2003, las publicaciones han ido aumentando exponencialmente año a año y se ha estudiado la influencia de la autocompasión sobre diversas variables que exponemos aquí.

2.5.1. Motivacionales, emocionales y académicas

Como hemos comentado anteriormente en la definición, la autocompasión puede confundirse con indulgencia para con uno mismo. A pesar de haberlo aclarado, es posible que nos surjan dudas como si por ejemplo los sujetos más autocompasivos se moverán por motivaciones diferentes que los sujetos menos autocompasivos o si la autocompasión tendrá alguna influencia sobre cómo los estudiantes afrontan determinados fracasos académicos.

Referente a este tema, Neff et al. (2005) pusieron en relación la variable autocompasión con las orientaciones motivacionales. Desde este enfoque, las personas podrían regirse por una motivación más de tipo *mastery*, es decir, una motivación basada en la curiosidad, las ganas de desarrollar habilidades y de aprender por el placer de hacerlo; o por una motivación de tipo *performance*, propia de aquellas personas que buscan mantener un sentido de su propia habilidad y valía basado en la comparación social. Dentro de la motivación de tipo *performance*, las personas podrían o bien buscar el logro a través del reconocimiento o podrían temer el fracaso. Tradicionalmente, y de manera general, se ha considerado el enfoque *mastery* como psicológicamente más saludable; ya que son personas que son movidas por una motivación fundamentalmente intrínseca, muestran una mayor capacidad para buscar ayuda y tienen una actitud positiva hacia sí mismos sin la necesidad de que sea contingente con las valoraciones externas. Además, estas personas tendrían un menor temor a confundirse y considerarían los errores como parte del aprendizaje. Como era de esperar, se encontró una relación positiva entre la autocompasión y la motivación tipo *mastery*, así como una relación negativa con la necesidad de logro y el miedo al fracaso tanto si se les preguntaba a los

estudiantes sobre una situación hipotética de fracaso académico, como si les preguntaba por una situación real de fracaso.

Asimismo, en el mismo estudio, se encontraron diversas asociaciones entre autocompasión y las diferentes estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1991). Como también era de esperar, se vio una asociación positiva entre autocompasión con estrategias saludables de afrontamiento al estrés como la reinterpretación y la aceptación; y negativa con la excesiva concentración en el problema (*focus on*), la estrategia de desahogo (*venting*) o la evitación (*disengagement*).

Después de este primer estudio, varios investigadores exploraron esta cuestión y encontraron una asociación positiva entre la autocompasión y diversas estrategias motivacionales positivas, así como una asociación negativa con diversas estrategias nocivas. Por ejemplo, se ha visto que la autocompasión es un predictor de proactividad (Akin, 2014), está asociada a un mayor compromiso académico (Babenko et al., 2018) y aumenta la motivación de automejora (Breines y Chen, 2012). Además, procedimientos en los que se induce la autocompasión pueden ayudar a aliviar la ansiedad en nadadores profesionales (Georgakaki y Karakasidou, 2017) y están asociados positivamente con la búsqueda de la consecución de metas (Hope et al., 2014), con una mayor autoeficacia (Iskender, 2009) y a su vez están asociados negativamente con la procrastinación (Sirois, 2014).

Como conclusión, podríamos decir que los sujetos que puntúan alto en autocompasión y que tienden a mostrar en mayor grado una motivación intrínseca, tienen menos miedo al fracaso y son capaces de mantener una mayor perspectiva y equilibrio emocional. Además, parece que pueden aceptar los fracasos con mayor facilidad, lo que probablemente les permita mantener una actitud de mejora continua.

2.5.2. Autocompasión, bienestar psicológico y afecto

Uno de los aspectos que más se ha estudiado en relación a la autocompasión hasta el momento es cómo ésta puede influir sobre el bienestar y el ajuste psicológico. En general, podríamos decir que la autocompasión guarda una asociación positiva con variables que estarían relacionadas con el bienestar, la felicidad y el buen ajuste psicológico; y una relación negativa con variables relacionadas con el afecto negativo, la depresión o la ansiedad.

En estudios correlacionales, la autocompasión ha sido asociada de manera positiva con medidas autoinformadas de felicidad, optimismo, afecto positivo, sabiduría, iniciativa personal, curiosidad, extraversión, responsabilidad, amabilidad, la fortaleza esperanza, estrategias de afrontamiento adaptativas, inteligencia emocional, motivación, curiosidad y mejor funcionamiento interpersonal (Neff, 2018; Sharma y Davidson, 2015; Umphrey y Sherblom, 2014).

También se ha visto, en estudios cuasiexperimentales, que tras pequeños entrenamientos o inducciones en autocompasión o en bondad autocompasiva se lograba aumentar las puntuaciones en mindfulness, en emociones positivas y que la autocompasión lograba amortiguar tanto los acontecimientos negativos del día a día como los sentimientos desagradables hacia uno mismo (Galante et al., 2014; Leary et al., 2007; Sharma y Davidson, 2015).

En muestras de estudiantes universitarios, se ha encontrado una asociación positiva entre autocompasión y bienestar con participantes de diversas nacionalidades, mayor satisfacción psicológica durante el primer año de carrera y una asociación con bienestar subjetivo (Fong y Loi, 2016; Gunnell et al., 2017; Saricaoglu y Arslan, 2013).

En grupos más específicos de población se han encontrado también resultados en la misma dirección. Por ejemplo, en el caso de las mujeres que acaban de dar a luz se encontró una asociación negativa entre la autocompasión y síntomas de ansiedad o depresión (Felder et

al., 2016). También se ha visto que, por ejemplo, en el caso de los diabéticos la autocompasión estaba asociada a comportamientos de autocuidado, mejores resultados médicos y mayor bienestar psicológico (Ferrari et al., 2017). También se ha encontrado que hay una relación positiva entre la satisfacción con la vida y la autocompasión en pacientes con VIH, en los que probablemente la autocompasión les ayuda a aminorar el impacto del estigma (Yang y Mak, 2017).

Hay estudios, sin embargo, que, en vez de analizar la puntuación total de autocompasión, han analizado la relación de sus componentes con diferentes variables. En este sentido, se ha visto que el componente de humanidad compartida era el único que mediaba entre eventos vitales negativos y los intentos de suicidio (Chang et al., 2017). Analizado los componentes positivos (*self-compassion*) por un lado y los negativos (*self-coldness*) por otro, Brenner et al. (2018) encontraron que la autocompasión negativa estaba asociada tanto con variables relacionadas con el malestar como con el bienestar, mientras que el factor de autocompasión se asociaba exclusivamente a medidas de bienestar, aunque sí servía como un factor de protección frente al malestar.

En los estudios realizados con muestras de adolescentes se ha hallado una asociación positiva entre autocompasión y varios indicadores de bienestar como satisfacción con la vida, estrés percibido, así como una asociación negativa con afecto negativo y con un exceso de confianza en uno mismo (Bluth y Blanton, 2014; Choo y Marszalek, 2018). En una muestra mayor de adolescentes ($N=765$), se encontró una asociación negativa entre autocompasión y sintomatología depresiva. Además, parecía que cuanto más mayores eran los adolescentes, el factor protector de la autocompasión era más marcado (Bluth et al., 2017). Aparentemente, el patrón por el que la autocompasión influye sobre el bienestar podría ser diferente en función del sexo en este grupo de población, siendo las chicas las que más se beneficiarían de puntuar alto en el componente de humanidad compartida (Sun et al., 2016). También se ha visto que

una intervención breve centrada en mindfulness y autocompasión en adolescentes sanos mejoró el bienestar emocional de estos tras la intervención y en un seguimiento realizado a los tres meses. En dicho estudio se pudo comprobar que existía una relación entre los cambios en autocompasión y mindfulness y los cambios en el bienestar emocional (Galla, 2016).

También se ha estudiado la relación que tiene la autocompasión con el bienestar entre personas de la tercera edad. Se ha podido comprobar que la autocompasión guarda una asociación positiva con el ajuste psicológico, optimismo y bienestar; y que mediaba la relación entre el estilo de apego, entendido este como un conjunto de emociones, comportamientos y expectativas que las personas tienen sobre cómo las otras personas pueden reaccionar en una relación (Fraley y Shaver, 2000), y ciertos indicadores del bienestar como la autoaceptación, la calidad de las relaciones interpersonales y el propósito para la vida (Homan, 2016, 2018; Imtiaz y Kamal, 2016). Parece que esta relación entre autocompasión y bienestar psicológico tiende a fortalecerse con la edad (Hwang et al., 2016). Asimismo, la autocompasión ha sido identificada como un recurso positivo para el envejecimiento; ya que colabora a la integración del Yo (Erikson, 1968) y también ha sido asociada con el afecto positivo (Phillips y Ferguson, 2013).

Varios estudios han visto que la autocompasión puede ser una mediadora entre distintas variables y medidas de bienestar psicológico. Por ejemplo, se ha encontrado que la autocompasión es un factor actitudinal clave para explicar la relación entre la práctica meditativa y la felicidad autoinformada en una muestra de personas que no meditaban al comienzo del estudio (Hollis-Walker y Colosimo, 2011), así como una variable que media entre la afirmación recibida en casa y el bienestar en personas del colectivo LGTBI (Greene y Britton, 2015). Además, la autocompasión explica una parte significativa de la varianza sobre el bienestar más allá de la flexibilidad cognitiva (Marshall y Brockman, 2016). Es importante señalar que hay algún estudio contrario a la línea general y que no ha encontrado este efecto mediador de la autocompasión. Ford et al. (2017) hallaron que, aunque la autocompasión y el

saboreo (*savouring*) estaban inversamente relacionados con la depresión, la autocompasión no era una variable mediadora entre los eventos vitales negativos y la depresión.

Como conclusión, podríamos decir que, contando con las investigaciones publicadas hasta el momento, la autocompasión y sus componentes se han asociado mayoritariamente a marcadores de bienestar psicológico. Sin embargo, sí habría que señalar que muchos de los estudios son de carácter transversal y que serían necesarios más estudios longitudinales y cuasiexperimentales para clarificar estas relaciones. En el siguiente apartado se presta atención a la otra cara de la moneda, es decir, revisar si la autocompasión se asocia negativamente con indicadores de malestar psicológico y con las diferentes psicopatologías.

2.5.3. Relaciones encontradas entre autocompasión y psicopatología

Tal y como hemos visto hasta ahora la autocompasión parece asociarse positivamente con indicadores psicológicos de bienestar y, también tiene cierta lógica que se asocie de manera inversa con marcadores de psicopatología. En un metaanálisis realizado por MacBeth y Gumley (2012) en el que se incluyeron 14 estudios, se encontró que la autocompasión podría explicar aproximadamente el 25% de la varianza encontrada en la sintomatología psicopatológica. Se exponen a continuación las asociaciones encontradas entre la autocompasión y diversos trastornos psiquiátricos o con síntomas característicos de los mismos.

2.5.4. En relación con los trastornos de ansiedad

Existen algunos estudios que se han centrado en analizar la posible relación entre la sintomatología ansiosa y la autocompasión; y otros que se han centrado en el papel de la autocompasión en categorías psicopatológicas discretas. Dentro de los primeros, se comprobó que niveles bajos en autocompasión, un estilo de apego evitativo y niveles alto de problemas interpersonales estaban asociados con un mayor nivel de malestar emocional y ansiedad en una muestra de pacientes con ansiedad y depresión (Mackintosh et al., 2018). Berryhill et al. (2018) encontraron, en una muestra de estudiantes universitarios, que la autocompasión,

junto con la flexibilidad cognitiva, mediaba la relación entre los niveles de disfunción familiar y los niveles de ansiedad rasgo medido con el inventario de ansiedad rasgo (Spielberger, 1983).

Ansiedad social

El trastorno de ansiedad social o fobia social se caracteriza por una ansiedad muy elevada e irracional ante una o más situaciones sociales o a la anticipación de estas. Este miedo suele ir acompañado de un temor a ser evaluado negativamente o a mostrar síntomas de ansiedad en público. Dentro de este grupo de pacientes parece especialmente interesante estudiar si la autocompasión podría tener alguna influencia; ya que tiene sentido que la autocompasión ayude a amortiguar la sintomatología. Por ejemplo, tiene cierta lógica pensar que una persona que se trata bien a sí misma, entiende que todo el mundo tiene defectos e imperfecciones y se siente conectada al resto, probablemente sepa combatir de un modo más saludable las sensaciones desagradables ante la evaluación de los demás.

Efectivamente las investigaciones apuntan en esta dirección, por ejemplo, las personas con ansiedad social mostraron menores niveles de autocompasión que las personas sanas (Werner et al., 2012). También se ha encontrado una asociación negativa entre la autocompasión y el procesamiento tras situación (*post-event processing*), en personas que buscaban ayuda para superar problemas de ansiedad social y timidez, pero no en estudiantes universitarios. Dicho de otra forma, aquellas personas con cierto riesgo de padecer ansiedad social que puntuaban más bajo en autocompasión tendían a mostrar un patrón rumiativo de pensamiento tras una interacción social (Blackie y Kocovski, 2018a, 2018b). Según el modelo cognitivo de Clark y Wells (1995) una de las variables que pueden influir en la ansiedad social es cómo los sujetos reprocesan o rumian sobre las situaciones sociales que acaban de vivir. Por ello, si trabajar la autocompasión lograra atenuar este patrón rumiativo, las implicaciones para la psicología clínica podrían ser trascendentes.

Otro estudio publicado por los mismos autores (Blackie y Kocovski, 2018b) ahondaba en la hipótesis de que la autocompasión podía amortiguar o disminuir el procesamiento tras

evento. Para ello, 98 estudiantes análogos clínicos fueron asignados a tres condiciones: inducción autocompasiva, rumiación o situación control. Tras las diferentes inducciones evaluaron medidas de procesamiento tras evento y la predisposición que tenían para encontrarse en situaciones sociales al día siguiente. Aquellos que estuvieron en la condición autocompasiva tuvieron menos procesamiento tras evento al día siguiente y una mayor voluntad para implicarse en situaciones sociales en el futuro. A través de modelos de regresión, los autores comprobaron que la autocompasión mediaba los efectos sobre las variables dependientes.

Potter et al. (2014) decidieron analizar el potencial papel mediador de la autocompasión, solo que en este caso, en vez de calcular un puntuación global, prefirieron calcular la puntuación total de autocompasión positiva (*self-warmth*) y la puntuación total de autocompasión negativa (*self-coldness*) y comprobar cómo se relacionaban ambos factores con el criticismo parental y la ansiedad social; ya que dicho criticismo parental ya ha demostrado ser un factor predisponente de la ansiedad social en investigaciones pasadas (Henderson y Zimbardo, 2010). Efectivamente encontraron que tanto tener un nivel bajo de autocompasión negativa como un nivel alto de autocompasión positiva puede ayudar a amortiguar los efectos de este criticismo parental sobre la ansiedad social.

Como conclusión, estos estudios abren la puerta a investigar en mayor profundidad si el entrenamiento en autocompasión puede ser útil para prevenir y tratar la ansiedad social.

Trastorno de ansiedad generalizada

Hasta el momento y hasta donde tenemos conocimiento, sólo un estudio ha analizado específicamente la relación entre el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la autocompasión. En dicho estudio participaron un grupo de 87 participantes con trastorno de ansiedad generalizada y 49 sujetos control con niveles moderados de estrés. Los resultados mostraron que aquellos que fueron diagnosticados de TAG puntuaban más bajo en autocompasión y en mindfulness y que ambas variables correlacionaban negativamente con

ansiedad, preocupación o sensibilidad a la ansiedad. Incluso se pudo ver que la puntuación en la subescala de mindfulness era un mejor predictor de incapacidad futura que las puntuaciones en sintomatología ansiosa en sí misma (Hoge et al., 2013).

Trastorno obsesivo compulsivo

Hasta la fecha solo hemos encontrado un artículo que ha evaluado la relación entre el trastorno obsesivo compulsivo y la autocompasión. De manera correlacional, se encontró una asociación entre las variables estudiadas (la fortaleza valentía, el grado en el que los participantes vivían acorde a sus valores y la autocompasión) y el grado de severidad del trastorno. Sin embargo, cuando se introdujeron todas las variables en un análisis de regresión, la autocompasión resultó no ser significativa (Wetterneck et al., 2013). Por lo tanto, serían necesarios más estudios en esta dirección para obtener unas conclusiones relevantes.

Estrés postraumático

Según el DSM V, el trastorno de estrés postraumático se caracteriza por síntomas de reviviscencia, evasión, hipervigilancia, hiperactivación fisiológica y alteración del estado de ánimo tras vivir o asistir a un acontecimiento donde se ha podido estar expuesto a un importante daño físico o psicológico, en algunas ocasiones con riesgo de perder la vida. No es extraño que las personas que se han visto en este tipo de situaciones experimenten emociones como culpa, vergüenza o dificultades para integrar ciertos hechos con su identidad. A priori, se podría pensar que tener una actitud autocompasiva podría mitigar de alguna manera parte de esta sintomatología.

En una muestra de mujeres, que se habían visto expuestas de manera repetida a acontecimientos traumáticos, se halló una asociación negativa entre la severidad de la sintomatología de estrés postraumático y la autocompasión. Es necesario también resaltar que la desregulación emocional podía mediar esta relación (Scoglio et al., 2018).

Zeller et al. (2015) realizaron un riguroso estudio con adolescentes que habían estado expuestos a un incendio de grandes dimensiones en Israel. Los investigadores tomaron

medidas de síntomas de pánico, sintomatología depresiva, ideaciones suicidas, niveles de autocompasión y bienestar en los 30 días siguientes al acontecimiento, a los 3 y a los 6 meses. Los resultados mostraron una asociación negativa entre la autocompasión y el resto de variables, salvo en el caso de las medidas de bienestar, donde no se encontró ninguna relación significativa en ningún sentido. También se ha asociado negativamente la autocompasión con los síntomas evitativos del DSM-IV y con todos los grupos de síntomas del DSM-V del trastorno de estrés postraumático en dos muestras que habían estado expuestas a acontecimientos potencialmente traumáticos (Maheux y Price, 2015). Además, la autocompasión parece mediar la relación entre el apoyo social, el estrés postraumático y la ansiedad social (Maheux y Price, 2016).

Aunque lo explicaremos con más detenimiento un poco más adelante, un aspecto que está recibiendo bastante atención son los miedos o resistencias a la autocompasión (*fears of compassion*). Es decir, que una de las barreras que se pueden generar para desarrollar la autocompasión es que, o bien las personas muestran cierta reticencia o incapacidad para darse compasión o que tienen miedos o resistencias a recibir compasión por parte de uno mismo o por parte de los otros. Miron et al. (2016) encontraron un efecto indirecto entre el abuso sexual en la infancia y la sintomatología depresiva y de estrés postraumático, pero no encontraron que la propia autocompasión mediara esa relación, sino que eran los miedos a la autocompasión los que mediaban esa relación. Este hallazgo es bastante coherente con lo explicado hasta el momento y corrobora la importancia que tienen las experiencias tempranas para el desarrollo de la autocompasión. En cualquier caso, abordaremos este tema con mayor profundidad más adelante.

Como conclusión podríamos decir que la autocompasión aparece como un prometedor factor de protección para el desarrollo del estrés postraumático, pero con ciertos matices.

Hasta el momento las investigaciones son escasas y con grupos y criterios de investigación diversos. Parece relevante y especialmente atractivo continuar investigando esta temática.

2.5.5. En relación con los trastornos del estado de ánimo

Está probado que el autocrítico es una variable que influye negativamente sobre los trastornos depresivos (Zuroff y Mongrain, 1987). En un estudio realizado con estudiantes universitarios, se vio que el autocrítico podía predecir episodios de depresión a los dos años, siendo un factor incluso más relevante que el historial de depresiones previas (Brewin y Firth-Cozens, 1997). Además, el autocrítico es un rasgo que afecta a la eficacia de los programas de tratamiento cognitivo-conductuales y a la psicoterapia interpersonal (Marshall et al., 2008). Dados estos hechos, parece atractivo comprobar si la autocompasión juega un papel en los trastornos del estado de ánimo y si efectivamente fuera así, incluir este componente en futuras líneas de tratamiento.

Trastorno de depresión mayor

Cabría suponer que la autocompasión esté negativamente asociada con la sintomatología del trastorno depresivo mayor; y los estudios parecen confirmarlo así, pero con matices. En un estudio en el que se comparó a 142 pacientes con depresión y 120 participantes sin depresión, se vio que los pacientes depresivos puntuaban significativamente más bajo en la escala que aquellos que no tenían historial de depresión. Además, dentro del grupo de los pacientes con depresión, los niveles de autocompasión estaban asociados a distintos niveles de sintomatología del cuadro (Krieger et al., 2013).

Körner et al. (2015) examinaron la relación entre la autocompasión y la sintomatología depresiva en una muestra representativa de la población alemana ($N=2404$). En este estudio evaluaron por separado la autocompasión negativa y por otro lado la positiva. Las puntuaciones tanto en el factor positivo como en el factor negativo (*self-coldness*) diferían sistemáticamente entre los tres grupos de población: aquellos sin sintomatología depresiva, aquellos con sintomatología, pero sin síndromes clínicos y aquellos con trastorno depresivo

mayor. Las puntuaciones en los componentes positivos de la autocompasión apenas parecían diferenciarse entre los tres grupos, pero cuando se combinaban en una puntuación total de autocompasión positiva sí parecía que esta amortiguaba de manera significativa la relación entre la autocompasión negativa y la sintomatología depresiva, con lo cual refuerza la idea de que trabajar los aspectos positivos de la autocompasión también pueden tener un efecto beneficioso para la salud psicológica.

La autocompasión también juega un papel mediador entre la vergüenza y la sintomatología depresiva en pacientes con al menos un intento autolítico (Zhang et al., 2018). También parece que existen algunas variables que podrían mediar a su vez la relación entre la autocompasión y la sintomatología depresiva. Diedrich et al. (2017) encontraron que la aplicación de habilidades de regulación emocional mediaba la relación entre la autocompasión y la depresión. Sin embargo, solo la capacidad para tolerar emociones negativas resultó ser un mediador significativo entre la autocompasión y la depresión. Estos resultados parecen coherentes con la perspectiva de Gilbert, en la que la tolerancia de las emociones desagradables es una de las habilidades necesarias para el ejercicio de la compasión y de la autocompasión.

Dado que parecía existir una asociación correlacional entre la autocompasión y la sintomatología depresiva, algunos investigadores han querido comprobar si esta relación se mantenía en estudios cuasiexperimentales. En uno de estos estudios, a 54 participantes, que cumplían los criterios para un trastorno depresivo, les fue inducido un estado de ánimo depresivo y después fueron asignados a 4 condiciones: una de espera, una segunda de autocompasión, una tercera de aceptación y una cuarta de recodificación de la situación (*reappraisal*). Los resultados mostraron que los participantes que habían empleado la autocompasión como una estrategia preparatoria experimentaron una reducción significativamente mayor en el estado de ánimo depresivo durante la recodificación que

aquellos que habían sido instruidos a esperar antes de la recodificación (Diedrich et al., 2016).

En un estudio con un procedimiento bastante similar que incluyó a 48 participantes que cumplían criterios de trastorno depresivo mayor, se vio que la inducción de la autocompasión provocaba mayores reducciones en el estado de ánimo depresivo que la condición de espera, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre la condición autocompasiva y la condición de recodificación de la situación o en la condición de aceptación. Hurgando en los datos, los investigadores vieron que la autocompasión era especialmente eficaz entre aquellos participantes que habían puntuado más alto en el estado de ánimo depresivo en la línea base (Diedrich et al., 2014). Por tanto, una hipótesis lógica para siguientes estudios de intervención es que la autocompasión puede ser especialmente útil para aquellos sujetos que puntúan alto en autocrítica o en estado de ánimo depresivo.

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar se caracteriza por sufrir episodios maníacos o hipomaniacos en pacientes que muestran también episodios depresivos. Cabría pensar que las personas con trastorno bipolar tendrán una puntuación más baja en autocompasión; ya que una característica de la autocompasión es la capacidad para la regulación emocional, y esto es una característica bastante contraria al trastorno bipolar. En un estudio con pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, se comprobó esta hipótesis y se vio que los pacientes diagnosticados puntuaban significativamente más bajo en autocompasión que aquellos que no fueron diagnosticados. Además, se encontró una correlación entre autocompasión y satisfacción con la vida, pero no se vio relación con la discapacidad funcional, la internalización del estigma o la frecuencia de episodios afectivos pasados (Døssing et al., 2015).

Depresión posparto

En un estudio en el que participaron 387 mujeres, se observó que la autocompasión puede mediar entre las actitudes disfuncionales ante la maternidad y la depresión posparto (Fonseca y Canavarró, 2018). Más precisamente, se encontró que en función de los niveles de

autocompasión se producían ciertas asociaciones o no. Por ejemplo, a mayor número de creencias disfuncionales sobre los juicios de los demás y sobre la responsabilidad maternal, mayor era la asociación con sintomatología depresiva; y este efecto ocurría exclusivamente cuando las mujeres presentaban niveles bajos o moderados de autocompasión. Este estudio implica que, probablemente, trabajar sobre la autocompasión puede ser una útil estrategia preventiva ante la depresión postparto.

2.5.6. Abuso de sustancias

La relación entre la autocompasión y el abuso de sustancias es un campo prometedor; ya que uno de los principales problemas a la hora de tratar con estos pacientes es la prevención de recaídas. No es de extrañar que, durante el proceso de recuperación o desintoxicación, los pacientes tengan episodios donde se vuelve a producir el consumo. La reacción a esta recaída puede ser fundamental para el éxito de la desintoxicación a largo plazo. Algunos pacientes pueden aceptar que han cometido un error y tener la capacidad de considerarlo algo puntual. En cambio, otros pacientes, experimentan estados disfóricos o sentimientos de culpa tras la recaída que les resultan muy desagradables y que les empujan a una recidiva en el consumo. Sin embargo, son muy escasas las investigaciones que han abordado esta temática hasta el momento. Tanaka et al. (2011) estudiaron la relación entre el maltrato en la infancia y la autocompasión en una muestra de 117 adolescentes y adultos jóvenes (16-20 años) que estaban recibiendo protección social. Entre otros resultados encontraron que el maltrato estaba asociado negativamente con la autocompasión, y que aquellos jóvenes con menos autocompasión tenían más probabilidad de tener problemas con el alcohol.

Asimismo, el tratamiento psicológico con pacientes con abuso de alcohol y drogas parece mejorar los niveles de compasión incluso en un seguimiento realizado a las 15 semanas (Brooks et al., 2012).

Con las investigaciones publicadas hasta el momento no podemos sacar ninguna conclusión fiable sobre la relación entre autocompasión y abuso de sustancias, pero desde luego, es una línea de investigación que puede resultar muy fructífera.

2.5.7. Trastornos alimentarios

Con las implicaciones vistas hasta el momento de la autocompasión con los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y las conductas adictivas, es plausible pensar que la autocompasión también puede beneficiar a aquellos pacientes con trastornos alimentarios, un tipo de trastornos donde el autocriticismo está asociado a la severidad del trastorno y donde tiende a darse una escasa satisfacción con el propio cuerpo (Dunkley y Grilo, 2007). Asimismo, el tratarse de manera bondadosa puede ser muy saludable, por ejemplo, tras un atracón, para romper el ciclo atracón-culpabilidad-conductas purgativas.

Es tal vez por ello uno de los campos donde existen más investigaciones, por ejemplo, en una revisión publicada en el 2016 se llegaron a incluir 28 estudios relacionados con la temática (Braun et al., 2014), un número bastante alto de estudios si lo comparamos con otras de las temáticas presentadas en el presente trabajo.

Basado en lo visto hasta el momento, tiene cierto sentido pensar que los niveles de autocompasión serán diferentes entre aquellos que sufren trastornos alimentarios y aquellos que no. Esto ha sido corroborado en algunos estudios comparativos en poblaciones de Portugal y Canadá (Ferreira et al., 2014; Kelly et al., 2014).

Asimismo, de manera general, la autocompasión ha sido asociada positivamente con indicadores de salud mental o factores de protección frente a este tipo de trastornos y negativamente con sintomatología clínica propia de estos trastornos. Por ejemplo, Breines et al. (2014) descubrieron que los días que los pacientes puntuaban más alto en autocompasión eran los días que presentaban menos problemas alimentarios. Además, en el mismo estudio se vio que la autocompasión predijo menor vergüenza por el propio cuerpo, menos problemas

alimentarios, menor ganancia de peso y menor autocastigo. En la línea de los resultados anteriores se ha podido comprobar que aquellas mujeres que puntúan más bajo en autocompasión mostraban mayor preocupación, vigilancia y vergüenza por el cuerpo y actitudes más negativas hacia comer (Liss y Erchull, 2015). La autocompasión también se ha asociado positivamente al comer consciente y negativamente a la sintomatología asociada a los trastornos de alimentación y al índice de masa corporal (Taylor et al., 2015).

Otros estudios han encontrado resultados que matizan estas relaciones. De entre los componentes de la autocompasión, parece que la bondad para con uno mismo, la humanidad compartida y el mindfulness son los componentes que se asocian significativamente con la flexibilidad en la imagen corporal (Ferreira et al., 2013).

En estudios prospectivos se ha visto una asociación entre los cambios en la autocompasión y la sintomatología en la bulimia nerviosa y en los trastornos alimentarios no especificados, pero no se han encontrado los mismos resultados en el caso de la anorexia. Además, aquellas pacientes que mostraron cambios en el comienzo del tratamiento en los niveles de autocompasión y en los de vergüenza fueron las que más mejoraron en su sintomatología (Kelly, Carter, et al., 2014; Kelly, Vimalakanthan y Carter, 2014).

La autocompasión también parece mediar, predecir o moderar la relación entre una serie de antecedentes o variables y sintomatología asociada a los trastornos alimentarios. Por ejemplo, se ha visto que la autocompasión puede moderar la relación entre los mensajes críticos del cuidador principal y la vergüenza o la vigilancia sobre el propio cuerpo (Daye et al., 2014). También parece ser un mediador total en la asociación entre la insatisfacción con el propio cuerpo y la calidad de la vida psicológica (Duarte et al., 2015), entre la vergüenza externa y el impulso por adelgazar (Ferreira et al., 2014), entre la comparación del cuerpo y el sentido de valía de uno mismo, siendo significativa esta relación exclusivamente entre aquellas mujeres que puntuaban bajo en autocompasión (Homan y Tylka, 2015), entre la imagen

corporal y la patología global y la preocupación por el peso (Kelly, Vimalakanthan, y Miller, 2014), entre la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima en estudiantes en Tailandia (Pisitsungkagarn et al., 2013) y entre la presión por la delgadez ejercida en los medios y la internalización de la delgadez (Tylka et al., 2015).

También se ha visto que pequeñas inducciones de autocompasión pueden ayudar a la gestión de los trastornos alimentarios. Adams y Leary (2007) encontraron que la inducción de un estado autocompasivo ayudaba a comedoras restrictivas a evitar el atracón tras el consumo de un estímulo apetitivo.

Como conclusión general, podríamos decir que la autocompasión se ha asociado negativamente con la sintomatología alimentaria en la mayoría de los estudios. Aunque hay pequeños matices en estas relaciones, parece un enfoque prometedor en el que vale la pena seguir investigando.

2.5.8. Trastornos somatoformes

Los trastornos somatoformes se caracterizan por cuadros donde existen síntomas físicos crónicos que suelen ir acompañados de niveles significativos y desproporcionados de angustia. Actualmente, los trastornos tradicionalmente denominados como somatoformes han pasado a ser denominados trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Con el nuevo marco se pone el énfasis en cómo determinados factores psicológicos pueden afectar negativamente a una determinada sintomatología somática o enfermedad médica (Pareja, 2014). A pesar de esta nueva denominación del DSM-V, las investigaciones encontradas hasta el momento siguen denominándolo trastornos somatoformes y así lo haremos en este apartado. Aunque existen pocos estudios que investiguen la relación entre autocompasión y este tipo de trastornos, sí se han encontrado algunos datos relevantes. Por ejemplo, en un estudio que contó con la participación de 236 participantes diagnosticados con trastorno somatoforme y 236 sujetos de la población general emparejados en sexo y edad, se encontró

una diferencia significativa entre ambos grupos en los niveles de autocompasión ($d=-.65$). Asimismo, cuanto más bajos eran los niveles de autocompasión en el grupo de pacientes diagnosticados, peor era la calidad de vida de estos pacientes (Dewsaran-van der Ven et al., 2018). En otro estudio en el que participaron 173 participantes voluntarios, se vio que los altos niveles de autocompasión podían amortiguar la relación entre el perfeccionismo y la sintomatología relacionada con el trastorno somatoforme (Yeshua et al., 2019).

Aunque todavía los datos son escasos, sí podríamos decir que la autocompasión podría ser una variable que podría ejercer un efecto protector contra el desarrollo de este tipo de psicopatología. En cualquier caso, se debería tener en cuenta la nueva clasificación del DSM-V en futuras investigaciones.

2.5.9. Relación con trastornos esquizofrénicos y síntomas psicóticos

Las terapias de 3ª generación abrieron un nuevo enfoque a la hora de tratar las esquizofrenias y las patologías con síntomas psicóticos. Por un lado, pasó a ser una diana terapéutica la relación del propio paciente con esas alucinaciones. Por otro lado, parece especialmente relevante con estos pacientes trabajar el estigma que la enfermedad suele acarrear. Dado estos preceptos, el trabajo de la autocompasión podría ser muy fructífero con estos pacientes; ya que ayudaría a tener una actitud de aceptación ante las alucinaciones y a tratarse de una manera bondadosa a uno mismo a pesar del estigma.

Son pocos los estudios que han investigado esta línea, pero sí se han encontrado algunos resultados relevantes. Por ejemplo, en un estudio comparativo en el que participaron 84 personas (42 clínicos y 42 no clínicos) se vio una diferencia significativa entre ambos grupos en los niveles de autocompasión (Collett et al., 2016).

En un estudio realizado exclusivamente con pacientes, se vio que la aceptación y atención plena hacia las voces (*mindfulness for voices*) mediaba la relación entre autocompasión y el malestar producido por estas (Dudley et al., 2018). En otra investigación

realizada con 88 participantes veteranos de guerra, las puntuaciones más altas en autocompasión se asociaron a puntuaciones de mayor incomodidad emocional y peor insight sobre el problema (Eicher et al., 2013).

En estudios donde se utilizaron medidas heteroinformadas de la autocompasión o a través de entrevistas semiestructuradas, se asoció la autocompasión a menos síntomas negativos; y se comprobó que el autocrítico era un factor mantenedor de experiencias psicóticas desagradables, mientras que la autocompasión ayudaba a llevar a cabo acciones enfocadas a la mejora y a la promoción del crecimiento personal y la recuperación (Gumley y Macbeth, 2014; Waite et al., 2015).

Aunque todavía se requieren más investigaciones en este sentido, introducir el componente de la autocompasión en terapia puede ayudar en el futuro a pacientes con sintomatología psicótica.

2.5.10. Otras patologías

Otros estudios también han puesto en relación la autocompasión con otras psicopatologías como por ejemplo el comportamiento hipersexual, donde la autocompasión pareció mediar parcialmente entre la vergüenza, la rumiación y el comportamiento hipersexual, probablemente porque la autocompasión ayuda a normalizar las experiencias desagradables y el sufrimiento personal y, en cierta manera favorece tener una actitud de cierta apertura hacia las emociones, lo que probablemente colabore a la regulación del comportamiento (Reid et al., 2014)

En definitiva, la autocompasión parece ser una variable prometedora para aliviar el estrés emocional, promocionando el bienestar y disminuyendo los niveles de afecto negativo y aumentando el afecto positivo. Por ello, han ido surgiendo diversos estudios que se han centrado o han incorporado componentes de autocompasión en sus terapias para tratar diversas patologías como veremos en el siguiente apartado

2.6. Tratamientos centrados en el desarrollo de la compasión y la autocompasión

2.6.1. Descripción de los tratamientos

Fruto de los resultados de las investigaciones comentadas en el anterior apartado y de las propuestas que encuentran en el autocriticismo una variable transdiagnóstica han surgido diversos tratamientos que persiguen mejorar la salud psicológica a través del trabajo en la mejora de la autocompasión (Schanche, 2013):

- Terapia basada en la autocompasión (*Compassion focused therapy*) (Gilbert, 2010a).
- Entrenamiento en mente compasiva (*Compassionate mind training*) (Gilbert, 2010b).
- Programa de atención plena y autocompasión (*Mindful self-compassion program*), (Neff y Germer, 2013).
- Programa de cultivo de la compasión de Standford (*Standford Compassion Cultivating Programme*) (Jazaieri et al., 2013; Jinpa, 2010).
- Entrenamiento cognitivo basado en la compasión (Pace et al., 2009).
- Cultivando equilibrio emocional (Kemeny et al., 2012).
- *Compassion and Loving kindness meditations* (Hofmann et al., 2011).

A continuación, se describen los programas mencionados:

2.6.1.1. Terapia basada en la autocompasión (*Compassion focused therapy*) (Gilbert, 2010a)

Esta terapia (CFT, por su nombre en inglés) está basada en los principios teóricos de Gilbert que hemos visto en el apartado dedicado a definir el concepto: psicología evolutiva, psicología del apego, neurobiología y psicología social.

La capacidad para ser autocompasivo tiene que ver con dos aspectos. En primer lugar, con la capacidad y disposición para estar abierto al sufrimiento de uno y tener la voluntad para

acercarse a él; y, en segundo lugar, con la voluntad de ayuda y la motivación para liberarse del sufrimiento.

El programa de Gilbert se compone de psicoeducación, ejercicios cognitivos, entrenamiento de la atención, tareas de respiración y ejercicios conductuales. Se busca que los pacientes tomen conciencia de lo que él denomina nuestro cerebro tramposo (*tricky brain*) que generalmente salta entre los sistemas de amenaza y los sistemas de recompensa. Gilbert explica que funcionar siguiendo estos dos sistemas primordialmente ha sido evolutivamente adaptativo para nuestros antepasados. Sin embargo, hoy en día podemos dar mayor cabida a nuestro sistema de afiliación. De alguna manera lo que se intenta es que los pacientes se liberen de la vergüenza por el hecho de tratarse duramente o tener alguna psicopatología, dándoles a entender que esos son mecanismos que están en el cerebro de todas las personas y que pueden activarse en mayor grado si se han dado en el pasado o se dan en el presente contextos difíciles o invalidantes. El tomar conciencia de cómo nuestras experiencias anteriores han podido programar estos circuitos es otra parte importante de la terapia. Sin embargo, la CFT deja bien claro que el ser consciente de estos sistemas en nuestro cerebro no nos condiciona para siempre, sino que debemos de tomar la responsabilidad del cambio.

A partir de esta toma de conciencia, los pacientes trabajan sobre cómo cultivar y construir estas capacidades compasivas y cómo integrar estas capacidades compasivas en el sentido de identidad del sujeto, es decir, hacerlas propias a partir de su ejercicio en problemas y situaciones específicas.

CFT es un modelo que persigue aplicar la compasión a la psicoterapia y por lo tanto no tiene un número cerrado de sesiones o de tiempo necesario.

Según Leaviss y Uttley (2015), la terapia centrada en compasión parece ser una intervención prometedora para los trastornos del estado de ánimo, en particular para aquellos pacientes que puntúan alto en autocrítica. También se trata de la terapia centrada o

basada en la compasión que cuenta con más estudios y más apoyo empírico hasta la fecha, pero en la mayoría de los estudios no han tenido un grupo control.

2.6.1.2. Entrenamiento en mente compasiva (*Compassionate mind training*) (Gilbert, 2010b)

El entrenamiento en mente compasiva es una versión estructurada y para grupos de la terapia centrada en autocompasión. Se suele llevar a cabo en sesiones de 2 horas durante un período de entre 8 y 12 semanas. Se trabajan los mismos componentes que en la terapia basada en autocompasión: psicoeducación, entender los mecanismos de la regulación emocional, ejercicios para cultivar la compasión, técnicas meditativas, ejercicios para promover la aceptación y práctica conductual. Además, se trabaja en los miedos a la autocompasión.

2.6.1.3. Programa de atención plena y autocompasión (*Mindful self-compassion program*) (Neff y Germer, 2013)

Se trata de un programa estructurado (MSC, por su nombre en inglés) similar al MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, Kabat-Zinn, 1982) pero que enfatiza el trabajo en compasión y autocompasión. El programa se compone de una sesión semanal de aproximadamente 2 horas y media durante 8 semanas y, en el que generalmente se incluye medio día de retiro para meditar. Entre sesión y sesión los participantes tienen que realizar tareas para casa que suelen consistir en la repetición de los ejercicios trabajados durante las sesiones. En el MSC se trabajan meditaciones como el *Body Scan* compasivo, el abrazo autocompasivo y otras prácticas informales como la parada de autocompasión (*self-compassion break*). El programa de tratamiento se puede aplicar tanto en un contexto más formativo como en contextos clínicos.

2.6.1.4. Programa de cultivo de la compasión de Standford (*Standford Compassion Cultivating Programme*) (Jazaieri et al., 2013; Jinpa, 2010)

Se trata de un programa cuyos principios están basados en las prácticas contemplativas del budismo tibetano y en la investigación de la psicología aplicada occidental. En el protocolo de Jinpa hay 4 componentes fundamentales:

- Tomar conciencia del sufrimiento (componente cognitivo).
- Una preocupación empática para sentirse movido por el sufrimiento (componente afectivo o emocional).
- El deseo de quedar liberado de ese sufrimiento (intención).
- Una respuesta de preparación para ayudar a liberar de ese sufrimiento (componente motivacional).

Se trata de un programa estructurado en sesiones de 2 horas durante 9 semanas cuyos objetivos son mejorar la resiliencia de los participantes y el sentimiento de conexión con otros. Esto se logra a través de 6 pasos:

1. Desarrollo de la habilidad básica para concentrarse y serenar la mente.
2. Experimentar sentimientos de cuidado hacia un ser querido. Se busca ganar consciencia de las reacciones psicósomáticas que acompañan al sentimiento de compasión por alguien querido.
3. Experimentar sentimientos de compasión hacia uno mismo.
4. Experimentar compasión hacia los demás siendo conscientes de nuestra condición humana compartida.
5. Experimentar compasión hacia todos los seres vivos.
6. Desarrollar la compasión activa donde los participantes se imaginan liberando a los demás del sufrimiento y del dolor.

En cada sesión se trabaja: un aspecto de psicoeducación donde se promueve el debate, una meditación guiada, un ejercicio práctico interactivo y ejercicios diseñados para promover los sentimientos de apertura y conexión con otros generalmente a través de textos.

Además, los pacientes deben practicar al menos 15 minutos con una serie de meditaciones guiadas.

Se suele realizar en grupos de entre 10 y 25 participantes. También existen formatos más breves, como por ejemplo módulos intensivos de fin de semana. Sin embargo, no se han publicado estudios hasta la fecha sobre la eficacia de las versiones breves del programa.

2.6.1.5. Entrenamiento cognitivo basado en la compasión (Pace et al., 2009)

Se trata de un programa desarrollado originariamente para trabajar la resiliencia emocional en estudiantes universitarios. El tratamiento se compone de entrenamiento en mindfulness, psicoeducación sobre la experiencia mental y cultivo de la autocompasión a través de ejercicios guiados. El entrenamiento se da en grupo durante 6 semanas a razón de 2 sesiones semanales.

2.6.1.6. Meditación basada en la compasión y en el amor bondadoso (*Compassion and Loving kindness meditations*) (Hoffmann et al., 2011)

Se trata de una serie de técnicas que pueden aplicarse tanto en contextos clínicos como con la población en general. La aplicación varía ampliamente en tiempo, yendo de 5 a 30 minutos. Las meditaciones compasivas están destinadas a aliviar el sufrimiento de uno mismo y de los demás. Las meditaciones bondadosas van dirigidas a desear bondad y sentimientos de cuidado para uno mismo y para los demás.

También existen programas, generalmente pertenecientes a las terapias de tercera generación, que están incorporando componentes relacionados con la compasión y la autocompasión como es el caso de la terapia de aceptación y compromiso (Tirch et al., 2014). También existen manuales en los que se integran componentes propios de la autocompasión para abordar problemas o patologías concretas, como, por ejemplo, para trabajar la rabia (Kolts, 2012), los trastornos de ansiedad (Tirch, 2012) o los trastornos alimentarios (Goss y Allan, 2014).

2.6.2. Resultados de estos tratamientos

Aunque todavía existe escasa investigación, estos protocolos o terapias con componentes de compasión y autocompasión han sido utilizados para tratar diversos trastornos:

2.6.2.1. Incrementos del afecto positivo y el bienestar

En el anterior apartado hemos visto que cada vez existe cada más evidencia de la asociación entre la autocompasión e indicadores del bienestar psicológico. Cabría preguntarse si estas asociaciones son puramente correlacionales, es decir, si el hecho de tener un estado de ánimo positivo favorece informar de mayores niveles de autocompasión o si son los altos niveles de autocompasión los que influyen sobre el estado de ánimo positivo. Por suerte, algunos investigadores se han lanzado al siguiente paso, es decir, comprobar si inducciones, entrenamientos y tratamientos basados o con componentes de compasión y autocompasión favorecen el estado de ánimo y los indicadores de bienestar. Por ejemplo, con un entrenamiento basado en bondad compasiva en un grupo de 60 minutos a la semana y con tareas para casa, se vio un incremento en las emociones positivas, la puntuación en mindfulness, los sentimientos de sentido en la vida, los sentimientos de apoyo y conexión social y un descenso en los síntomas de enfermedad (Fredrickson et al., 2008; Hutcherson et al., 2008). Este tipo de entrenamientos también parecen tener un efecto a nivel fisiológico, produciendo cambios en el patrón de respuesta de la corteza cerebral (Lutz et al., 2008) o influyendo sobre el patrón de respuesta del sistema inmune ante situaciones de estrés (Pace et al., 2009).

Como conclusión podríamos decir que este tipo de entrenamiento es capaz de aumentar los niveles de autocompasión en sí mismos y además mejorar las puntuaciones en distintos indicadores de bienestar.

Veamos a continuación el efecto de este tipo de tratamientos sobre distintos tipos de sintomatología y psicopatologías psicológicas.

2.6.2.2. Trastornos de ansiedad

Existe amplia evidencia de que la tendencia a sentir vergüenza puede ser especialmente relevante en los trastornos de ansiedad social y que este factor sigue siendo importante incluso cuando se aíslan otros factores del trastorno (Fergus et al., 2010; Gilbert y Miles, 2000). Los dos estudios que vamos a ver en los que se trabajó para reducir la ansiedad social se basan en este precepto.

En el estudio de Boersma et al. (2015) se examinó, en un formato de caso único experimental, la efectividad de la terapia centrada en autocompasión (Gilbert y Procter, 2006) con 6 pacientes que sufrían de ansiedad social. En dicho estudio evaluaron a diario los niveles en vergüenza, autocrítica y autocompasión. Los participantes completaron el cuestionario de screening de fobia social (Furmark et al., 1999) al comienzo y al final del tratamiento. Los resultados mostraron que los cambios en autocompasión fueron más sensibles a la intervención que el pensamiento autocrítico. Los autores achacan este escaso cambio o bien a lo poco extensivo del tratamiento o bien a la sensibilidad de los instrumentos empleados. Respecto a la ansiedad social, la terapia resultó eficaz para 3 de los 6 participantes, probablemente eficaz para 1 de los 6 participantes y de eficacia cuestionable en los dos participantes restantes.

En 2018, Căndea y Szentágotai-Tătar realizaron un estudio con 136 análogos clínicos, es decir, estudiantes que puntuaban por encima de 30 en la Escala autoinformada de Liebowitz de ansiedad social (Fresco et al., 2001). Los sujetos fueron asignados a tres condiciones: tratamiento basado en autocompasión, entrenamiento en reevaluación cognitiva de las situaciones ansiógenas y grupo de espera. La terapia fue llevada a cabo a través de vídeos e instrucciones en internet. Hubo una reducción en los tres grupos en la tendencia a sentir vergüenza y en el nivel de pensamientos irracionales. No se encontraron diferencias al realizar una comparación en las medias entre los tres grupos, pero sí se encontró una reducción en la ansiedad social en el grupo que recibió el entrenamiento en autocompasión cuando se hizo un

emparejamiento entre los sujetos. El entrenamiento en autocompasión también logró un mejor seguimiento por parte de los participantes. Los autores concluyeron que los resultados de la terapia centrada en autocompasión eran prometedores para la ansiedad social, pero que eran necesarias más investigaciones al respecto.

Según Finlay-Jones (2017) los cambios producidos por las terapias basadas en compasión y autocompasión se podrían deber a que la autocompasión serviría como una poderosa herramienta de regulación emocional. Siguiendo este enfoque, el déficit en la regulación de emociones sería un déficit transdiagnóstico que afectaría tanto a los trastornos de ansiedad como a los trastornos del estado de ánimo.

Como conclusión podríamos decir que los tratamientos centrados en la autocompasión resultan prometedores en este campo, pero todavía quedaría mucho por avanzar. Sería recomendable realizar investigaciones con terapia presencial y con mayor volumen de sujetos. También sería importante identificar a los pacientes para los que este tipo de terapia puede ser especialmente beneficiosa o qué componentes de estas terapias pueden marcar un efecto diferencial al aplicarlo con terapias ya validadas.

2.6.2.3. Tratamiento del trauma

El modo en que la autocompasión puede mediar entre los acontecimientos traumáticos y el desarrollo de diferentes psicopatologías es uno de los aspectos que más atención ha recibido (Maheux y Price, 2015; 2016). A partir de dichos estudios, otros autores han estudiado si es posible que los tratamientos que incluyen componentes de autocompasión puedan ser efectivos en personas que hayan desarrollado trastornos de estrés postraumático o algún síntoma del cuadro.

Hay tres sentimientos que se dan con bastante frecuencia entre las personas que desarrollan un trastorno postraumático: el sentimiento de culpa, la vergüenza y el menoscabo de la confianza en uno mismo y en los otros (Leskela et al., 2002; Street y Arias, 2001). Con las bases expuestas en el presente trabajo hasta el momento, parece plausible la idea de que

terapias centradas o apoyadas por la autocompasión podrían ayudar a mitigar esta sintomatología.

Klich (2016) presentó un estudio de caso único que combinaba las técnicas de biofeedback, mindfulness y la terapia centrada en autocompasión para el tratamiento de un veterano de guerra. Tras el tratamiento el paciente refirió mayor tranquilidad, mayor capacidad para regular las reacciones en su cuerpo, menor agresividad e ira, menor dolor, informó de una mayor capacidad para ser menos crítico consigo mismo, y presentó mejoras en la calidad de la relación de pareja. A pesar de lo interesante del estudio, la metodología no fue rigurosa (falta de medidas periódicas, estudio de caso único, falta de medidas objetivas pre- y post-tratamiento), por lo que es conveniente tomar estos resultados con cautela.

En un estudio más sistematizado y con un mayor número de sujetos ($N=42$), Kearny y cols. (Kearney et al., 2013, 2014) publicaron los resultados de dos estudios con una muestra de veteranos de guerra diagnosticados con Trastorno de Estrés Postraumático. La terapia consistió en meditación de amor compasivo (*Loving-kindness meditation*) durante 12 sesiones. Tomaron medidas pre- y post-tratamiento y otra tras tres meses de seguimiento. Los resultados mostraron incrementos significativos en emociones agradables y descenso en emociones desagradables. También observaron mejoras en medidas de manejo del ambiente, crecimiento personal y autoaceptación. Sin embargo, el diseño del estudio no incluía un grupo control con lo que supone un estudio exploratorio interesante pero que debe ser tomado con precaución. Galili-Weinstock et al. (2018) pudieron observar en una muestra de 112 pacientes con diversas patologías, entre las que se incluía el trastorno de estrés postraumático, que los cambios logrados en autocompasión sesión a sesión predecían mejoras en los síntomas psicopatológicos y el funcionamiento individual e interpersonal de los pacientes, teniendo estos cambios incluso mayor relevancia que la alianza terapéutica.

Podríamos concluir que trabajar la autocompasión o incluir componentes basados en la autocompasión puede ser útil para pacientes con trastorno de estrés postraumático o para víctimas de acontecimientos traumáticos. Sin embargo, no hemos encontrado hasta la fecha estudios sólidos u aleatorizados que confirmen con seguridad esta hipótesis. Parecen necesarias investigaciones con tratamientos más intensivos y con grupos control.

2.6.2.4. Trastornos del estado de ánimo

Como hemos visto en el apartado anterior, la autocompasión ha sido una variable asociada a un mejor ajuste psicológico en los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, pocos estudios han evaluado terapias basadas en autocompasión para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.

Un primer grupo de estudios ha evaluado la influencia de las inducciones de la autocompasión en la sintomatología depresiva. Kelly et al. (2009) comprobaron si dos condiciones experimentales destinadas a fomentar las habilidades intrapersonales de compasión para con uno mismo y de capacidad para resistir a los ataques contra uno mismo podían mejorar los niveles de depresión, de vergüenza y de quejas sobre la piel en pacientes que sufrían acné, una enfermedad que tiende a asociarse a sintomatología depresiva (Wessely y Lewis, 1989). A pesar de que sí hubo una reducción en vergüenza, sintomatología depresiva y quejas sobre la piel, no hubo diferencias entre las condiciones experimentales entre sí, ni en comparación con el grupo control. En dicho estudio, la intervención basada en la habilidad intrapersonal para ser capaz de defenderse de los ataques hacia uno mismo resultó más eficaz que la intervención enfocada en ser capaz de autocalmarse.

En otro estudio realizado en Alemania (Diedrich et al., 2014), 48 pacientes diagnosticados previamente de depresión fueron asignados a cuatro condiciones tras la inducción de un estado de ánimo negativo: esperar, reevaluar la situación, aceptación de las emociones negativas y empleo de la autocompasión. No se encontraron diferencias

significativas entre las cuatro condiciones, sin embargo, la inducción de la autocompasión fue especialmente efectiva entre aquellos que mostraron niveles de depresión más graves antes de comenzar el tratamiento.

También se han realizado intervenciones on-line basadas en la terapia centrada en autocompasión. Krieger et al. (2018) evaluaron la eficacia de la MBCL (*Mindfulness-based compassionate living*). Los participantes ($N=122$) fueron evaluados en niveles de depresión, ansiedad y síntomas de malestar y autocompasión al comienzo del tratamiento y 8 semanas después al finalizar el tratamiento. El grupo experimental obtuvo puntuaciones significativamente mejores después del tratamiento que el grupo control. Un aspecto a señalar es que uno de los criterios de inclusión del estudio era puntuar por encima de 20 en la subescala de autocrítico. Dicho punto de corte se tomó restando una desviación típica a la media. Tiene sentido pensar que este tipo de terapias puede ser especialmente eficaz para este grupo de pacientes.

En definitiva, la autocompasión parece un tratamiento prometedor para los trastornos del estado de ánimo, aunque siguen siendo necesarias más investigaciones para aclarar los potenciales efectos positivos. Por el momento, resulta plausible que aquellas personas que puntúan más alto en autocrítico pueden ser las que más se beneficien de este tipo de tratamientos.

2.6.2.5. Trastornos alimentarios y relacionados con la imagen corporal

Como hemos visto anteriormente, la autocompasión se ha asociado a un mejor pronóstico en la sintomatología de los trastornos alimentarios. Por ello, algunas investigaciones han tratado de estudiar si tratamientos centrados en la autocompasión o con componentes del mismo podían ser útiles para trabajar con estos pacientes.

Una de las dificultades para tratar con este tipo de pacientes es lograr que tengan la motivación para acudir a tratamiento; ya que el hecho de ir al psicólogo suele ser vivido con

vergüenza. Se ha visto, por ejemplo, que una breve intervención centrada en escribir cartas autocompasivas, comparada con un grupo control de lista de espera, puede aumentar la adherencia al tratamiento de mujeres con anorexia, aunque posteriormente no se pudo comprobar que la intervención del grupo experimental obtuviera mejores resultados que el grupo control (Kelly y Waring, 2018). Esto abre un interesante campo de investigación y éste es el de evaluar si breves tratamientos o ejercicios autocompasivos pueden aumentar la motivación para buscar apoyo profesional en pacientes con trastornos alimentarios o con otro tipo de trastornos.

En un estudio retrospectivo de medidas repetidas sin grupo control se examinó el impacto de una terapia centrada en autocompasión combinada con una terapia cognitivo conductual. Los resultados mostraron mejoras significativas en estrés psicológico, autoestima, hostilidad autodirigida, control externo percibido, cogniciones y comportamientos anoréxicos y bulímicos, atracones, excesivo ejercicio y conductas compensatorias, reducción del grado de gravedad de la bulimia nerviosa y de los trastornos alimentarios no específicos, que fueron los que mejores resultados obtuvieron. Las pacientes con anorexia fueron las que menos se beneficiaron del tratamiento (Gale et al., 2014). Estos resultados deben ser tomados con cautela por el carácter retrospectivo del estudio y por la ausencia de grupo control. En cualquier caso, animan a continuar con la investigación en este sentido y nos llevan a plantearnos por qué las pacientes con anorexia se benefician en menor grado de este tipo de tratamientos.

En 2015, Kelly y Carter realizaron un estudio aleatorizado con grupo control en un grupo de pacientes con trastorno por atracón. En dicho estudio se pudo observar que la intervención centrada en autocompasión redujo parte de la sintomatología asociada al trastorno. Además, los resultados mostraron que aquellos pacientes que puntuaron más bajo en autocompasión en la línea base fueron los que obtuvieron las mejoras de mayor tamaño

durante el tratamiento. Asimismo, se pudo comprobar que la intervención en autocompasión logró mejoras en los niveles de autocompasión mayores que el grupo control. Aunque este último dato pueda parecer bastante obvio e irrelevante, es de gran importancia; ya que cabría pensar que son exclusivamente los cambios en la patología los que producen cambios en el modo de contestar de los participantes a la escala de autocompasión, sin embargo, el hecho de que se produzcan mayores cambios en los niveles de autocompasión sugiere que estos cambios pueden ser los responsables del cambio en la psicopatología. Por otro lado, una de las críticas habituales al concepto de autoestima, es la dificultad de los programas para aumentar la autoestima de manera estable. Es probable que los programas de autocompasión sí sean capaces de aumentar estos niveles y de que esto repercuta en mejoras en los indicadores de salud mental.

Del mismo modo, se ha podido comprobar que intervenciones breves en meditaciones autocompasivas reducen la insatisfacción con el cuerpo, la vergüenza por el propio cuerpo y aumentan el sentido de valía y la apreciación por el cuerpo (Albertson et al., 2015)

Por tanto, las terapias centradas en autocompasión parecen un tratamiento especialmente prometedor y eficaz para este tipo de patologías. Es especialmente relevante continuar investigando por qué las pacientes con anorexia se benefician menos de este tipo de trastornos y, tal y como hemos visto en los trastornos del estado de ánimo, sería conveniente ahondar en qué variables pueden pronosticar para qué tipo de pacientes estas terapias van a resultar más provechosas.

2.6.2.6. Esquizofrenia y trastornos con sintomatología psicótica

También se han aplicado terapias centradas en la autocompasión para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia o síntomas patognómicos del trastorno (alucinaciones, delirios).

En Mayhew y Gilbert (2008) examinaron la eficacia del entrenamiento en mente autocompasiva (Gilbert y Irons, 2005b) con 7 personas diagnosticadas de esquizofrenia y que oían voces malevolentes. De los 7, solo 3 completaron el entrenamiento. En el post-test hubo un descenso en las puntuaciones de trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad, paranoia, psicoticismo y sensibilidad interpersonal medidos a través del SCL- 90 (Derogatis, 1979).

Braehler, Gumley et al. (2013) realizaron un estudio con 40 pacientes adultos diagnosticados de esquizofrenia provenientes del sistema de salud de Escocia. Los participantes fueron asignados a dos categorías de tratamientos: aquellos que recibieron el tratamiento habitual (psicofármacos, contacto con el psiquiatra y/o personal médico, terapia ocupacional y apoyo del centro de día) y aquellos que recibieron además del tratamiento habitual sesiones del protocolo centrado en autocompasión para pacientes con psicosis (Braehler, Harper et al., 2013). El tratamiento se basa en la propia terapia centrada en autocompasión, ejercicios de mindfulness de la terapia de aceptación y compromiso y un manual para el trabajo de la compasión con personas que residen en contextos de reclusión (Laithwaite et al., 2009). El protocolo constaba de 16 sesiones donde en una fase inicial se trabaja el impacto que la psicosis tiene en la vida de los pacientes, una segunda fase donde se comienza a desarrollar la compasión hacia uno mismo y hacia los demás; y una última fase donde se trabajan tareas expresivas escritas con el objetivo de integrar lo aprendido. Los resultados mostraron que la terapia centrada en autocompasión fue capaz de elevar los niveles de autocompasión de los pacientes y que esos aumentos en autocompasión se asociaron con una reducción en los niveles de depresión y en marginalización social percibida.

Como conclusión, estos resultados apuntan a que componentes propios de las terapias centradas o basadas en autocompasión pueden ser útiles para mejorar el ajuste psicológico de

los pacientes con esquizofrenia o con síntomas tales como delirios, alucinaciones o voces dañinas.

2.6.2.7. Trastornos de la personalidad

Algunos autores ya apuntaron que las terapias basadas en autocompasión junto con el tratamiento conductual podían ser un recurso terapéutico interesante para tratar la aversión hacia uno mismo que se encuentra con frecuencia en el trastorno límite de la personalidad (Krawitz, 2012) o para tratar uno de los síntomas más habituales en estos pacientes como son las autolesiones (Van Vliet y Kalnins, 2011). Según estos autores, la autocompasión podría ayudar a trabajar algunas de las funciones que subyacen al trastorno como son la regulación emocional, el autocastigo o la necesidad de sentir una influencia interpersonal. Sin embargo, los estudios centrados en este tipo de patologías hasta el momento son escasos.

En 2015 se publicó un estudio de caso único en una paciente con trastorno depresivo mayor y rasgos esquizotípicos. La terapia consistió en una serie de 10 sesiones y no se obtuvieron mejoras relevantes con el tratamiento (Warren, 2015). En 2017 se publicó otro estudio que ya contaba con un número mayor de pacientes ($N= 32$) En dicho estudio, la terapia centrada en amor compasivo (*loving-kindness meditation*) y autocompasión obtuvo buenos resultados en un grupo con trastorno de la personalidad límite (Feliu-Soler et al., 2017). Los pacientes, previamente diagnosticados, fueron tratados inicialmente con 10 sesiones en las que trabajaban mindfulness y posteriormente fueron asignados a dos grupos. En el grupo experimental, recibieron 3 sesiones de entrenamiento en autocompasión y en el otro grupo continuaron con 3 sesiones adicionales centradas en mindfulness. Estas terapias y ejercicios fueron sumadas a la terapia habitual. Los resultados indicaron que el grupo que había recibido terapia centrada en autocompasión mostró incrementos mayores en aceptación. Ambos grupos mostraron mejoras en sintomatología, autocriticismo y bondad para con uno mismo.

En un estudio exploratorio con 17 pacientes con trastorno narcisista de la personalidad, se encontró que la autocompasión podía ser especialmente útil a la hora de tratar la vergüenza que tendían a sentir este tipo de pacientes (Kramer et al., 2018).

En resumidas cuentas, todavía contamos con pocos estudios para sacar conclusiones sólidas sobre la relación entre las terapias centradas en la autocompasión y los trastornos de la personalidad. Apparentemente, la autocompasión parece una herramienta eficaz para trabajar algunas de las dianas terapéuticas con este tipo de pacientes como son la vergüenza, el autocríticoismo o la falta de regulación emocional.

2.6.2.8. Para los propios terapeutas

Llegados a este punto, cabría preguntarse si entrenar la autocompasión puede ser también relevante para los propios terapeutas. Algunos estudios sugieren que el entrenamiento en autocompasión puede aliviar el autocríticoismo en estudiantes de postgrado de psicología (Beaumont et al., 2017) y otros han propuesto, desde una revisión teórica, que los entrenamientos basados en autocompasión o meditación de amor compasivo pueden colaborar a aumentar la empatía de los terapeutas hacia sus pacientes (Bibeau et al., 2016). Sin embargo, todavía es un campo poco estudiado y donde quedarían varias preguntas por resolver, por ejemplo, si los cambios en autocompasión del terapeuta redundan en una mejora en los pacientes o si estos cambios que se producen en la empatía hacia los pacientes implican un descenso de problemas como el *burnout*.

A pesar de que se recomienda continuar con la investigación y mejorar las características metodológicas de algunos estudios, podríamos decir que, con las investigaciones publicadas hasta el momento, los tratamientos centrados en la autocompasión son potencialmente beneficiosos y han demostrado en estudios aleatorizados y no aleatorizados efectos moderados para reducir el sufrimiento y para mejorar la satisfacción con la vida de personas con y sin patología (Kirby, 2017).

Una de las dificultades que los autores apuntan para que los pacientes se beneficien de este tipo de tratamientos son los miedos o resistencias a la autocompasión que explicaremos en el siguiente apartado.

2.6.3. Miedos o resistencias a la autocompasión (*Fears of Compassion*)

A pesar de todos los aspectos positivos que el entrenamiento o la terapia de autocompasión parecen lograr, muchas personas pueden mostrar algunos “miedos” o “resistencias” al desarrollo de la compasión y la autocompasión.

El primero de estos miedos, es el miedo a las emociones positivas, o mejor dicho a las emociones agradables. Existen ciertas creencias o incluso supersticiones que es habitual encontrarse en el contexto clínico como por ejemplo “no debes mostrarte o ser feliz, porque algo malo puede ocurrirte”, o “si estás muy feliz o alegre mucho tiempo, quizás bajas la guardia y algo malo pueda pasarte” o “no demuestres sentirte muy feliz porque eso puede causar envidia en los otros”. No es extraño que en el día a día se escuchen frases como “todo el día sonriendo como un tonto”, o “tal y como están las cosas y tú, hala, sonriendo” o incluso “Mira, lo acaba de dejar con el novio y ahí la ves, tan alegre y ya tonteando con otros”. Este tipo de pensamientos y verbalizaciones pueden darse con más frecuencia en personas que han vivido situaciones de abuso o negligencia donde expresiones de felicidad o alegría podían generar envidia o malestar en el entorno, el cual podía llevar acciones a cabo para causar malestar.

Por último, aunque vivimos en un momento en el que la felicidad es prácticamente impuesta y exigida a través de medios de comunicación, redes sociales, libros, seminarios y talleres, también es cierto que en algunos contextos goza de peor publicidad, siendo habitual que se asocie con cursilería, superficialidad o estupidez. Por ejemplo, es más difícil que una comedia se lleve un Óscar que una película desgarradora y dramática. En definitiva, cualquier

persona puede tener estas cogniciones que van a dificultar que esté abierto a llevar a cabo ejercicios que le permitan sentir emociones positivas.

Una segunda resistencia es el miedo a la compasión por parte de los demás. Las personas que provienen de entornos familiares y sociales seguros entienden a los otros y a las figuras queridas como fuentes de calidez, de tranquilidad, de acogida y de ayuda. Sin embargo, personas provenientes de entornos más inseguros donde las figuras de apego o las figuras relevantes se comportan de un modo errático, son frías o imprevisibles, disparan sentimientos de duelo, soledad y malestar cuando reciben cariño o compasión por parte de los otros. Esto probablemente sea producto de que deseos o expectativas por recibir cariño o compasión por parte de los demás han quedado condicionados como experiencias dolorosas; ya que esa expectativa tendía a no cumplirse. Por tanto, cuando se intentan inducir sentimientos compasivos y autocompasivos, la experiencia puede ser demasiado dolorosa para los pacientes, los cuales pueden responder rechazando estos sentimientos, evitándolos o expresando fenómenos disociativos (Joeng y Turner, 2015). La evidencia desde la teoría del apego también apunta a que los individuos con un apego evitativo pueden percibir la búsqueda de ayuda como un signo de debilidad e incluso observar el malestar de los otros con cierta satisfacción. Por otro lado, en individuos con un estilo de apego ansioso, el malestar de los otros les puede provocar ciertas sensaciones desagradables con lo que tenderían a alejarse. En un estudio de resonancia magnética funcional se pudo comprobar como individuos que puntuaban especialmente alto en autocrítica mostraban más dificultades en expresar actitudes autocalmantes y que se activaban las áreas típicas del sistema de amenaza cuando intentaban darse instrucciones dichas instrucciones (Longe et al., 2010).

Un tercer miedo, es el miedo a dar compasión hacia los demás. Podríamos pensar que actuar de manera compasiva está bien considerado por numerosas culturas y que generalmente dar ayuda puede ser más gratificante que recibirla. Sin embargo, ciertas normas

sociales pueden jugar en contra de sentir compasión por los demás, como por ejemplo puede ser la masculinidad. El rol de ayuda y cuidado directo a otros ha sido considerado tradicionalmente un rol asignado primordialmente a las mujeres y no es extraño que el ser sensible hacia las necesidades de los demás sea considerado como un rasgo femenino. De hecho, los hombres que muestran una menor adherencia a la norma de masculinidad son también los que tienden a mostrar mayores puntuaciones en la escala de autocompasión (Reilly et al., 2014).

Vinculándolo de nuevo con la literatura sobre el apego, algunos autores consideran que individuos con apegos más inseguros pueden considerar pedir o recibir compasión como un signo de debilidad e incluso pueden ver con desprecio el hecho de otras personas busquen ayuda. Por otro lado, los individuos con apegos más ansiosos pueden estar excesivamente preocupados con ser compasivos y ayudar a otros, incluso llegando a actuar de manera sumisa, mientras que individuos con apegos evitativos pueden experimentar emociones desagradables cuando ven el sufrimiento de los demás e intentan tomar distancia respecto a ellos (Catarino et al., 2014; Collins y Read, 1990; Feeney y Collins, 2001; Mikulincer et al., 2005). Por el contrario, aquellos sujetos que se han vinculado de un modo seguro se suelen mostrar más sensibles a los estados emocionales y a las necesidades de los demás y pueden mostrar una mayor capacidad de empatizar y mostrar cariño sin sentirse sobrepasados por el malestar de los demás (Gilbert et al., 2011).

A pesar de que la compasión por los demás es un rasgo valorado por la mayoría de religiones y culturas, las acciones compasivas para con los demás pueden ser suprimidas si las personas opinan que se ha cometido una injusticia moral (Batson et al., 1995) e incluso puede no llevarse a cabo acciones compasivas por motivos interesados (Gerhardt, 2010). Por otro lado, factores como considerar al otro como perteneciente al endogrupo o al exogrupo, o estimarle como una persona que puede devolver la ayuda prestada más adelante influye en la

capacidad para ser compasivos (Burnstein et al., 1994). Por ejemplo, individuos motivados por la dominancia social pueden llevar a cabo comportamientos nada compasivos hacia otros (Pratto et al., 1994); ya que incluso los pueden considerar una amenaza. También la compasión o la voluntad de ayuda a los demás puede quedar bloqueada por aspectos relacionados con la obediencia a la autoridad (Kelman y Hamilton, 1989). La compasión por los demás puede, por tanto, no llevar a acciones autocompasivas si se considera que podría guardar un perjuicio para uno mismo.

Otro hecho que puede influir sobre la capacidad de una persona para ser compasiva es su estado emocional o las experiencias pasadas relacionadas con la empatía. Por ejemplo, los sujetos que han sido traumatizados de manera directa o vicaria pueden mostrar un fenómeno llamado “fatiga compasiva” asociado con un descenso de las emociones empáticas y compasivas ante el sufrimiento de los demás (Figley, 2002; Rothschild, 2006). Además, Vitaliano et al. (2003) vieron que intentos por ser compasivos o en los que ser compasivo era visto como obligatorio podría tener efectos nocivos o contrarios a los pretendidos, especialmente si las demandas excedían los recursos.

Una última barrera al desarrollo de la autocompasión es cuando esta intenta trabajarse en personas que se consideran muy perfeccionistas o tenaces; ya que pueden entender que ser autocompasivo es ser indulgente con uno mismo y que ser autocompasivo puede alejarles de las metas que quieren lograr. Como ya hemos aclarado en la introducción, la autocompasión y la indulgencia para uno mismo son conceptos teóricamente alejados, sin embargo, estas diferencias suelen ser difíciles de transmitir en la práctica clínica.

2.7. Aspectos interpersonales de la autocompasión

Por lo explicado hasta el momento, parece que la autocompasión guarda una relación positiva con varios aspectos positivos del desarrollo individual de las personas, sin embargo, no queda claro si el ser autocompasivo tiene características que son positivas para las relaciones

interpersonales. Según la hipótesis de Leary, la autoestima serviría para llevar a cabo acciones que faciliten a las personas “encajar” en un grupo de referencia (Leary y Baumeister, 2000). Esa esclavitud podría guardar también consecuencias para nuestro desarrollo; ya que no siempre es posible encajar o el medidor de la aceptación podría no estar bien calibrado o también, hoy en día, puede no tenerse claro el grupo de referencia con el que encajar cuando se viven en contacto con mundos virtuales como en las redes sociales.

En resumen, podríamos decir que la autoestima tiene algunas características negativas para la salud mental, pero tiene una utilidad a la hora de ajustar el comportamiento o las normas en los grupos. Si una persona se siente en riesgo de que puede ser rechazada por un grupo por tener sobrepeso, es probable que se ponga a adelgazar o que se sienta terriblemente mal por no lograrlo. Con la autocompasión se podría pensar que alguien puede tener un gran nivel de aceptación de sí mismo y ser poco sensible a las demandas de los demás. Por otro lado, parece probable que las personas autocompasivas también sean compasivas con los demás y además tiendan a ser prosociales. Esto resulta un tema fascinante que apenas comenzó a estudiarse en 2013.

2.7.1. La autocompasión en relaciones de pareja y amor romántico

A pesar de que hoy en día son escasas las publicaciones que han estudiado las características interpersonales de la autocompasión, uno de los aspectos que más atención ha recibido es cómo se asocia la autocompasión a la calidad de las relaciones románticas.

Con lo visto hasta el momento podríamos pensar que las personas autocompasivas tienden a tener relaciones más saludables con sus parejas. Por un lado, son personas que tienden a autorregularse con mayor facilidad y podrían equilibrar con mayor facilidad su independencia con la conexión con los demás (Neff et al., 2007). También parece que las personas autocompasivas tienden a reconocer sus errores con mayor facilidad (Leary et al., 2007) y tendría cierta lógica que las personas autocompasivas sean capaces de ver los fallos y

errores de sus parejas con una perspectiva más amplia y comprensiva. Además, siguiendo la conceptualización de Gilbert, habría ciertos factores comunes a tener una alta autocompasión y tener una relación romántica saludable, por ejemplo, haber gozado de un apego seguro y tender a ser más prosociales y empáticos.

Las investigaciones han encontrado resultados que apuntan en esta dirección. Por ejemplo, Neff y Beretvas (2013) descubrieron que las personas autocompasivas eran evaluadas por sus parejas como más autónomas, menos agresivas y reportaban un mayor nivel de conexión emocional. También se encontró que las personas más autocríticas tendían a ser más controladoras y dominantes con sus parejas (Neff y Beretvas, 2013). Esto puede deberse, a que estas personas pueden experimentar ciertos bloqueos a la hora de desarrollar intimidad y conexión en relaciones interpersonales. En la misma línea, Jacobson et al. (2018) hallaron que la autocompasión estaba asociada de manera positiva con la calidad en la relación, teniendo incluso más importancia que otras variables que podrían intuirse como relevantes como por ejemplo el consumo de alcohol o el malestar psicológico de la pareja. Asimismo, las personas que tienden a puntuar más alto en autocompasión suelen mostrar menores niveles de celos reactivos, aunque esta relación podía estar mediada por la predisposición a perdonar (Tandler y Petersen, 2018).

Otros estudios aluden a que ciertos aspectos de la autocompasión no serían indiscutiblemente beneficiosos en las relaciones interpersonales. Un ejemplo es cómo se comportan las personas con una alta autocompasión tras cometer una equivocación con sus parejas. Como es lógico, parece que las personas autocompasivas tienden a emitir un mayor número de declaraciones autocompasivas hacia sus parejas que las personas más autocríticas. Sin embargo, esta relación debe ser matizada. La relación entre ser autocompasivo y emitir declaraciones autocompasivas sólo es significativa en el caso de los hombres. Contrariamente, las mujeres parece que ajustan sus declaraciones en mayor grado en función de su

interlocutor. A la hora de recibir explicaciones tras una transgresión interpersonal, las personas autocompasivas tienden a perdonar igualmente tanto si reciben explicaciones autocompasivas como autocríticas, mientras que las personas autocríticas no aceptan con facilidad declaraciones autocompasivas por parte de sus parejas tras una transgresión interpersonal (Allen et al., 2015).

Parece que la relación entre autocompasión y el bienestar en las relaciones románticas tiene varios matices y detalles a ser tenidos en cuenta. En un interesante estudio de Baker y McNulty (2011) se encontró que, en el caso de los hombres, aquellos que puntuaban alto tanto en autocompasión como en el factor responsabilidad de los cinco grandes (Costa y McCrae, 1985) mostraban mayor motivación, mayor voluntad para corregir errores interpersonales, visiones más constructivas sobre solución de problemas e informaban de mayor ajuste en la relación y más satisfacción marital. Lo especialmente relevante es que también se encontraron datos en la dirección contraria si se puntuaba bajo en responsabilidad. En el caso de las mujeres, la inducción de autocompasión o el nivel de autocompasión en sí no provocaban cambios en el modo de afrontar las transgresiones en las relaciones. También en ellas, el factor que influía era responsabilidad, independientemente de los niveles de autocompasión.

Sí que se han encontrado resultados más coherentes que apuntan a que la autocompasión sería una variable que ayudaría al ajuste psicológico tras una ruptura sentimental y ayudaría a la predisposición a tener futuras relaciones románticas en el caso de divorciados (Sbarra et al., 2012; Zhang y Chen, 2017).

Como conclusión, la autocompasión influye positivamente sobre algunos aspectos del funcionamiento en pareja y sobre otros hay que tener en cuenta otros matices y variables que pueden afectar a esa relación como es el caso de la responsabilidad de los cinco grandes. Lo que sí parece evidente es que el tema de la relación de la autocompasión y las relaciones

interpersonales despierta más dudas e interrogantes que cualquiera de los aspectos tratados hasta el momento.

2.7.2. La autocompasión, la resolución de conflictos y los grupos

Del mismo modo que la autocompasión parecía una variable prometedora a la hora de predecir el bienestar en las relaciones románticas, sería lógico pensar que la autocompasión podría tener algunas consecuencias positivas para el buen funcionamiento en los grupos. Hasta el momento son pocos los estudios que se han centrado en este tema. Se exponen aquí algunas de las conclusiones encontradas.

Arslan (2016) encontró una asociación negativa entre la autocompasión y el afrontamiento negativo de los problemas, una menor confianza en uno mismo y una menor probabilidad de asumir la responsabilidad de uno en los conflictos. Fresnics y Borders (2017) vieron que la autocompasión estaba asociada con la rumiación sobre el enfado (*angry rumination*), entendido como un patrón repetitivo y pasivo de pensamiento que se centra en eventos internos o externos negativos y que suele tener que ver con darle vueltas a las injusticias percibidas y fantasear con posibles venganzas (Sukhodolsky et al., 2001; Watkins, 2008). Es lógico pensar que este patrón de pensamiento favorece los estados de ánimo resentidos y que ayuda a prolongar los comportamientos agresivos. De hecho, también se pudo comprobar que la agresividad correlacionó con la puntuación total y con varias de las subescalas de autocompasión (bondad para con uno mismo, autojuicio, aislamiento, mindfulness y sobreidentificación). Siguiendo esta línea, se ha encontrado que la autocompasión está asociada con una menor probabilidad de subordinar las necesidades de uno, una mayor preferencia por las estrategias de compromiso, una mayor autenticidad en los conflictos interpersonales y una menor confusión (Park et al., 2018; Yarnell y Neff, 2013).

Como conclusión, se ve que hay una asociación entre la autocompasión y otras variables de ajuste interpersonal sobre todo en medidas autoinformadas, pero no está

demostrado que haya una correlación entre la autocompasión y medidas heteroinformadas. De hecho, se ha podido comprobar que la correlación entre la autocompasión y la compasión hacia los demás es bastante baja ($r=0,17$) (Park et al., 2018).

2.7.3. La autocompasión y el sentido de comunidad

Una de las subescalas de la autocompasión se refiere a la humanidad compartida, es decir, a la capacidad para sentirnos parte de la condición de seres humanos y que como tales sufrimos y pasamos por momentos de dificultad. Siendo esto así, cabría preguntarse si las personas con mayores niveles de autocompasión podrían mostrar mayores niveles de sentido de comunidad, entendiendo el sentimiento de comunidad como el sentimiento de sentirse perteneciente a una sociedad mayor o el sentimiento que tienen los miembros de una sociedad de que se importan los unos a los otros que comparten la creencia de que sus necesidades serán cubiertas a través del compromiso de estar juntos, y el grado en el que sienten que existen oportunidades para implicarse, apoyo, conexión emocional con los iguales y circunstancias para influir (Chiessi et al., 2010; Sarason, 1974). Al tratarse de un estudio transversal cabría preguntarse si es la autocompasión la que influye sobre el sentido de comunidad o si es el sentido de comunidad y pertenencia el que influye sobre los niveles de autocompasión. Este es un tema que será discutido en las conclusiones del presente trabajo.

Por otro lado, no se han encontrado ninguna asociación que vincule la compasión con la cercanía, la confianza o el apoyo social entre amigos del mismo sexo (Salazar, 2015).

Podríamos concluir que la relación entre autocompasión y variables relacionadas con el sentido de comunidad es hoy por hoy débil y confusa. Sería conveniente hacer más estudios al respecto e incluir medidas también heteroinformadas.

2.7.4. Autocompasión, compasión por los otros, empatía y prosociabilidad

Desde la tradición budista se aboga que la autocompasión es un paso necesario para poder desarrollar y ejercer la compasión por los otros. Entre los investigadores, la hipótesis

deseada es que esto sea así. Es decir, que aquellas personas que muestran niveles más altos de autocompasión sean también los que muestren mayores niveles de compasión por los otros. Eso abriría la puerta a que si trabajamos la autocompasión es más probable que desarrollemos seres humanos más abiertos a sentir compasión por los otros. A pesar de que esto tiene sentido en un plano teórico, lo cierto es que los resultados de los estudios publicados hasta el momento son contradictorios y no apoyan indudablemente esta hipótesis (López et al., 2018; Neff y Pommier, 2013). Breines y Chen (2013) encontraron que, en una situación experimental, el hecho de activar esquemas o imágenes en las que los participantes se imaginaban apoyando a otros o directamente ofrecían ayuda a otra persona tras haber sufrido una situación de fracaso, lograba un aumento en los niveles de autocompasión entre los participantes. Por así decirlo, el hecho de ayudar a otros o de imaginarse a uno mismo haciéndolo parece que ayuda a elevar los niveles de autocompasión. Estos resultados son muy interesantes e irían en cierta manera en contra de los planteamientos teóricos de los que hablábamos al comienzo del apartado. Quizás tendría más sentido llevar a cabo acciones prosociales para desarrollar nuestros niveles de autocompasión que trabajar la autocompasión para ser más prosociales, o quizás trabajar ambos aspectos de manera simultánea también tenga sentido.

Tampoco se ha encontrado una relación clara y sólida entre la autocompasión y la voluntad de ayuda entre estudiantes universitarios (Welp y Brown, 2014). Una posible explicación a este resultado contraintuitivo es que las personas que tienden a lidiar bien con sus propios sufrimientos y dificultades tienen la expectativa de que las otras personas también lo hagan, además que suelen contar con un mayor nivel de regulación emocional, lo que no les lleva a sentir tanto malestar cuando ven a una persona en dificultades. Uno de los motivos que nos pueden llevar a ser empáticos es el intento de aliviar que nos produce ver a otra persona que está pasando por una situación de dificultad. De ahí, que si estas personas no sienten estos niveles de malestar no lleven acciones a cabo para aliviar el sufrimiento de los otros. Sin embargo, en el mismo estudio, se encontró que en el caso de los meditadores habituales la

autocompasión sí guardaba una relación con la voluntad de ayuda. De ahí podríamos deducir que cuando se trabaja la compasión y la autocompasión de manera intencional, sí que es posible que se asocien a mayores niveles en la voluntad de ayuda.

2.7.5. Autocompasión y parentalidad

Aunque todavía se ha estudiado escasamente, hay un último aspecto sobre las características de la autocompasión que resulta relevante atender, este es el que se refiere a la parentalidad. Cabría preguntarse si la autocompasión tiene algunos efectos que puedan ser positivos en la educación de los hijos.

Gouveia et al. (2016) encontraron una asociación positiva entre autocompasión, parentalidad consciente, menores niveles de estrés por la educación, mayores niveles en la dimensión autoridad en los estilos parentales y una asociación negativa con el estilo parental autoritario y permisivo. El mismo grupo de investigación encontró que la autocompasión mediaba la relación entre un estilo de apego ansioso y la parentalidad consciente en un grupo de madres de niños y adolescentes. En el caso del apego evitativo, la autocompasión no medió esta relación (Moreira et al., 2016).

Por lo encontrado hasta el momento podríamos decir que la relación entre autocompasión y parentalidad parece una línea de investigación en ciernes, pero en la que conviene continuar investigando. Si los resultados en futuros estudios continuaran encontrando una asociación positiva con estilos de parentalidad positiva, sería interesante desarrollar programas o incluir componentes como la autocompasión en escuelas de padres o en la terapia psicológica familiar.

3. AUTOESTIMA

3.1. Orígenes del concepto de autoestima

El concepto de autoestima, amor por uno mismo, amor dirigido a uno mismo o conciencia del estado de valía, ha estado presente desde James que ya en 1890 lo definió como la valoración que hace el sujeto de su valía en relación a los éxitos logrados a partir de los éxitos pretendidos (James, 1890). Es decir, James entendía la autoestima como un concepto íntimamente ligado al de competencia, a la capacidad de uno de actuar en el mundo con éxito y también vinculada al concepto de expectativa; ya que este sentimiento de valía está contrapuesto con las aspiraciones que se consideran posibles alcanzar. Por tanto, según James, si una persona piensa que debe aspirar a conseguir una serie de logros, y no los logra, tendrá una autoestima baja. Si, por el contrario, una persona espera lograr ciertos éxitos y los logra, tendrá una autoestima alta.

El concepto de autoestima (*Selbstgefühl*) también está presente de alguna manera en el trabajo de Freud (Freud, 1920) quien consideraba que esta palabra reflejaba la conciencia de uno mismo como un ser independiente y el respeto y aprecio hacia uno mismo. El sentimiento de querencia por uno mismo va desarrollándose desde que el bebé encuentra satisfacción consigo mismo (narcisismo primario), después a través del cuidado recibido de los padres y posteriormente a través de los valores de la sociedad (narcisismo secundario). El niño, el adolescente o adulto sienten satisfacción y orgullo cuando cumple con las normas dictadas por sus padres o por la sociedad; y experimenta vergüenza o culpabilidad cuando no lo hace. Al fin y al cabo, la autoestima del individuo se alimenta del reconocimiento que el individuo obtiene de los otros o del reconocimiento que la persona piensa que recibiría de esas figuras introyectadas, lo que le ayuda a ajustarse socialmente. Cuando la persona sufre experiencias traumáticas o no incorpora a su aparato psíquico este sentimiento de valía, el reconocimiento de los demás será la principal fuente de refuerzo. Según el psicoanálisis, los trastornos de la autoestima pueden provocar o bien sentimientos de inferioridad, afecto depresivo, o

inhibición del comportamiento o bien la creación de una máscara de superioridad, desprecio hacia los demás, acumulación de riquezas o comparación constante con los otros. Dentro del psicoanálisis, Adler (ver Carlson y Maniaci, 2012) reflexionó ampliamente sobre el complejo de inferioridad del niño que busca a través del instinto de superación ser más competente en la vida pero que, si no lo logra, puede provocar su complementario complejo, es decir desarrollar un complejo de superioridad para sobrecompensar esa carencia o dolor que produce el no ser competente.

Aunque de alguna manera el concepto de autoestima o de aprecio por uno mismo ya estaba en enfoques teóricos anteriores, no fue hasta las décadas de 1960 y 1970 que el concepto de autoestima comenzó a recibir una gran atención especialmente en Estados Unidos por parte de la psicología, la psiquiatría, la biología y la política, incorporándose con fuerza a la sociedad y a la cultura en general. En algunos estudios empíricos, principalmente correlacionales, se encontró que una alta autoestima se asociaba a numerosos aspectos deseables socialmente como mejor rendimiento académico o menor delincuencia y se decidió que lograr un aumento de la autoestima no era un objetivo solo personal sino también social. Un ejemplo, es que en 1986 el gobernador de California John Vasconcellos decidió gastar 245.000 dólares anuales a elevar la autoestima de la población con el objetivo de corregir con esto las tasas de criminalidad, el embarazo juvenil, el abuso de drogas, el fracaso académico o la polución.

La idea fue calando en la sociedad bajo un principio sencillo: es bueno tener una alta autoestima y es malo tener una baja autoestima. Los libros de divulgación y de autoayuda tratando el tema se popularizaron. Un ejemplo es el de Branden y Archibald (1982), cuyo libro "La psicología de la autoestima" ha vendido más de un millón de copias. El concepto resultaba atractivo, sencillo, deseable.

Autores como Rogers expresaron críticas acerca de lo nocivo de perseguir una alta autoestima. Rogers (1961) creía que el esfuerzo que las personas hacen para mantener su autoestima a flote es una de las principales causas del malestar psicológico. La terapia cognitiva se centra en trabajar los pensamientos distorsionados que una persona tiene hacia sí misma como posibilidades en vez de como realidades, lo que puede ayudar a sentirse más a gusto con uno mismo. Sin embargo, dentro de esta terapia, el propio Ellis, en la línea de Rogers, aclaraba que la gente se sentiría mejor si pararan de intentar convencerse a sí mismos de que son valiosos.

Sea como fuere, la autoestima ha sido ampliamente aceptada, investigada y puesta en relación con numerosísimas variables. Hoy en día, más de 22.000 publicaciones incluyen la palabra autoestima en el título y/o en el resumen, pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de autoestima?

3.2. Definición de autoestima

La definición más aceptada y conocida de la autoestima es aquella que la entiende como la valoración que las personas hacen de su propio autoconcepto, entendido este como el conjunto de creencias, esquemas o imágenes que la persona mantiene respecto a sus características, sus habilidades, los roles que desempeña y su forma particular de actuar (J. D. Brown, y Marshall, 2006). Dicha valoración puede ser favorable, cuando la persona siente aceptación, satisfacción y valía hacia su forma de ser; o puede ser desfavorable produciendo sentimientos de insatisfacción, desaprobación o devaluación. Desde este punto de vista, la autoestima incluiría un componente cognitivo sobre las propias capacidades y valía de uno y también un componente afectivo (Rosenberg, 1965).

Numerosos autores han añadido otras definiciones o han puesto el énfasis en aspectos concretos de la autoestima. La definición de Fennel (1997), por ejemplo, está íntimamente asociada al concepto de memoria, según la cual, la autoestima es una representación cognitiva

general del *self*, basada en experiencia y que influye también en la información que es procesada posteriormente. En los casos en que la autoestima es baja, ésta tiende a perpetuarse porque las predicciones negativas de fracaso resultan en evitación que, en último término, mantienen los esquemas de baja autoestima. Dick y Bronson (2005) defienden que la autoestima está compuesta tanto de un componente cognitivo como de un componente emocional. En cualquier caso, nos podemos preguntar si tener una autoestima alta es lo mismo que tener una autoestima saludable.

3.3. ¿Cómo son las personas con una alta o baja autoestima?

¿Puntuar alto en la escala de autoestima significa tener una buena autoestima? Parece lógico que, si se desarrolla una escala para medir la autoestima, una alta puntuación se corresponda con una actitud positiva y sentimiento de valía hacia uno mismo; y una baja puntuación con un sentido de devaluación hacia uno mismo y, un bajo sentido de competencia. Sin embargo, la respuesta parece más compleja. Por lo general, las personas que puntúan alto en las escalas sobre autoestima tienden a describirse como personas satisfechas consigo mismas, que se sienten valiosas, animadas a vivir nuevas experiencias y piensan que tienen la capacidad y los recursos para afrontar y perseverar en los proyectos que se fijan (Baumeister et al., 2003a; Mruk, 2006), son personas que tienden a atribuirse los éxitos a su capacidad y valía personal; y los fracasos a causas externas o circunstanciales (Blaine y Crocker, 1993).

Por el contrario, sería de esperar que las personas que tienen una autoestima baja sintieran una falta de competencia o de sentido de valía de sí mismas. Las personas con baja autoestima se consideran poco capaces y tienden a pensar que tienen pocas razones para considerarse valiosas, mientras que las personas con una alta autoestima consideran que tienen diversas razones y motivos para sentirse valiosas. Por ello, las personas con una baja autoestima no encuentran aspectos positivos en los que basar su valía cuando alguno de esos aspectos se ve atacado. Sin embargo, sí sienten la necesidad de valorarse positivamente a sí

mismas. Es decir, que lo que les caracterizaría no sería tanto que se ven mal a sí mismas, sino que no se ven bien, además tienden a ser menos extremas en la categorización sobre sí mismas (por ej., “algo guapo” en vez de “muy guapo”), y poseen un autoconcepto confuso (Baumeister, 1993; Baumeister et al., 1989). También parece que las personas con una autoestima baja se fijan metas excesivamente elevadas, difíciles de cumplir, lo que les hace sentirse mal y prorrogar su sentido de escasa valía; y por otro lado, no atienden a oportunidades de lograr metas asequibles que probablemente les haría sentirse bien (Blaine y Crocker, 1993).

Además, otros estudios apuntan a que las personas con baja autoestima están más pendientes de proteger ese autovalor asignado, en vez de ponerlo en riesgo o buscar oportunidades para elevar su autoestima y sentirse más competentes. Asimismo, evitan ser el centro de atención y evaden tareas que puedan generar altas expectativas sobre ellas y experimentan ansiedad ante las situaciones en las que los demás pueden alabarles u opinar de un modo excesivamente positivo de ellas (Tice, 1993). Por otro lado, son personas que muestran preferencia por ser precavidas en las interacciones sociales y no les gusta llamar la atención.

Aunque hablar de autoestima alta o baja puede servir para caracterizar y categorizar a unas personas y a otras, algunos autores opinan que una autoestima alta no sería igual a una autoestima saludable. De hecho, hay trastornos donde nos encontramos con personas con una alta autoestima poco saludable (por ej., fases maníacas del trastorno bipolar o psicopatía) y personas con una alta autoestima que generan muchos problemas en las relaciones interpersonales. Aspectos que serán analizados en mayor profundidad más adelante en el presente trabajo. Por ello hay autores que defienden que, en vez de hablar de una autoestima “baja” o “alta” se debería hablar de una autoestima saludable frente a no saludable. Se explica la diferencia en el siguiente apartado.

Una aclaración que conviene hacer en este punto es la distinción entre autoestima y narcisismo; ya que ambas implican evaluaciones positivas de uno mismo (Brummelman et al., 2016; Orth y Luciano, 2015). El narcisismo se caracteriza por sentimientos de grandiosidad, superioridad, autoensalzamiento, apropiación, disposición para explotar a los demás en función de los propios intereses y falta de empatía (Ackerman et al., 2011; Bosson et al., 2008; Morf y Rhodewalt, 2001). La autoestima estaría asociada a consecuencias más positivas y el narcisismo a consecuencias menos deseables (Donnellan et al., 2005; Paulhus et al., 2004; Tracy et al., 2009).

3.4. Tipos de autoestima

3.4.1. Autoestima segura frente a autoestima frágil

Cuando hablamos de una autoestima saludable o segura, estaríamos hablando de una autoestima que sería auténtica (o no contingente), genuina, estable y congruente. Por el contrario, una autoestima frágil se caracterizaría por ser contingente, defensiva, inestable e incongruente (Deci y Ryan, 1995). Además, cabe también plantearse si una buena autoestima es una característica general y global de una persona o si esta depende de la autoestima en dominios específicos. A continuación, se explican las diferencias entre los distintos tipos de autoestima.

- **Autoestima no contingente o auténtica frente a contingente**

Deci y Ryan (2012), dentro de su modelo de la autodeterminación, distinguen entre una autoestima contingente y una autoestima no contingente o también llamada auténtica. Una autoestima contingente depende de la validación a través de la comparación con estándares. Las principales fuentes para alimentar esta autoestima contingente son la aprobación o admiración social y el éxito. De esta manera, la persona con una autoestima contingente regulará su conducta intentando lograr la aprobación social y el éxito para satisfacer su necesidad de tener una autoestima elevada. Por el contrario, los fracasos en estas áreas también supondrán un varapalo para su autoestima.

En cambio, hablaríamos de autoestima auténtica o no contingente cuando está construida sobre los valores de la persona y le permite sentirse satisfecha con la imagen que tiene de sí misma y con su propio autoconocimiento y comportamiento. En este caso, la autoestima estaría relacionada con el concepto de aceptación incondicional y no dependería tanto de la atención social o del éxito o los bienes materiales (Deci y Ryan, 1995; Moller et al., 2006). Gozar de este sentimiento de autoaceptación incondicional permite no dejarse llevar o mendigar la atención externa o el reconocimiento, porque es un sentimiento ya incorporado. Conviene aclarar que esto no quiere decir que las personas con una autoestima auténtica no disfruten o se frustren cuando alcanzan o no sus metas, simplemente significa que su sentido de valía y de aceptación no se ve comprometido por los resultados.

Se ha visto que una autoestima contingente también puede estar asociada con consecuencias negativas a nivel interpersonal (Baumeister, 1993; Crocker y Park, 2004; Vonk, 2006), de tal manera que dificulta la capacidad para colaborar con otros; ya que se establece un clima de competencia en el que la persona necesita permanentemente salir reforzada. Además, en relaciones íntimas las personas con una autoestima contingente pueden generar vínculos poco saludables (por ej. dependientes o ambivalentes) o ruptura de las redes sociales; ya que su bienestar o malestar consigo mismos depende del resultado de estas interacciones.

- **Autoestima genuina frente a defensiva**

Esta distinción se refiere a cómo de vulnerable es la autoestima cuando la persona se enfrenta a aspectos negativos de sí misma, a resultados adversos en sus metas o al rechazo de los demás. Las personas con una autoestima defensiva tienden a inflar su imagen positiva frente al resto y destacar sus aspectos positivos, obviando o minimizando sus defectos y fracasos. Las personas con una autoestima genuina muestran serenidad y equilibrio hacia los aspectos negativos de su autoconcepto, evitando reacciones inmaduras, defensivas o negando sus propios defectos (Kernis y Goldman, 2003; Mruk, 2006).

La autoestima defensiva provoca que las personas lleven a cabo estrategias poco saludables para mantener su autoestima a flote. Por ejemplo, pueden tener más prejuicios o minusvalorar las capacidades de otra persona porque, de ese modo, sus capacidades quedan ensalzadas (Kernis y Paradise; 2002; Rhodewalt, 2006; Rogers, 1965). Además de las consecuencias que esto puede tener en el terreno interpersonal, también puede minar la capacidad de una persona para mejorar sus debilidades o corregir sus errores; ya que nunca tendrá una perspectiva neutral o equilibrada de sus déficits y, por tanto, nunca podrá corregirlos (Seligman et al., 1995).

- **Autoestima estable frente a inestable**

Cuando se habla de una autoestima estable nos referimos a una autoestima poco susceptible de cambiar a lo largo del tiempo. Por el contrario, hablaríamos de una autoestima inestable cuando varía frecuentemente dependiendo de las evaluaciones que se hacen constantemente de los acontecimientos.

Hay estudios que han encontrado que la autoestima es bastante estable a lo largo del tiempo, pudiendo incluso mantener una estabilidad parecida a los rasgos de personalidad (Trzesniewski et al., 2003). Sin embargo, estudios más recientes que han utilizado una metodología más sofisticada, han concluido que la variabilidad de la autoestima es más alta (42% frente a 17%) que la de los rasgos de personalidad (Anusic y Schimmack, 2016). Algunos autores abogan por tanto porque la autoestima puede ser estimada como un rasgo; y también como un estado (Nezlek y Plesko, 2003). Es decir, es lógico pensar que existe una línea base de nivel de autoestima y que hay fluctuaciones a partir de esta línea ante diversos acontecimientos o ante la percepción de los mismos (Baumeister, 1993).

Aparentemente esta estabilidad o inestabilidad puede darse tanto en sujetos con una autoestima alta como con una autoestima baja, con lo que este matiz es relevante (Kernis y Goldman, 2003). Tener fluctuaciones negativas de la autoestima puede provocar una

afectividad negativa de la que la persona puede intentar evadirse o reaccionar de manera agresiva o defensiva. Por el contrario, una persona con una autoestima alta y estable se verá afectada por los contratiempos y podrá presentar pequeñas bajadas en la autoestima, pero no representarán para ella una amenaza.

- **Autoestima congruente frente a incongruente**

Otro posible matiz al concepto de autoestima lo aporta si ésta es congruente, es decir si las autoestimas explícita e implícita coinciden. La autoestima explícita se refiere a las ideas que la persona conscientemente piensa o verbaliza sobre sus sentimientos de apreciación, valía y autoaceptación y estaría en un plano principalmente cognitivo. La segunda se refiere a las autoevaluaciones automáticas y que no son fácilmente accesibles para la conciencia del propio sujeto, y por tanto, se construiría en un plano experiencial y afectivo caracterizado por juicios rápidos y holísticos (Epstein, 2006; Epstein y Morling, 1995; Greenwald et al., 2002; Koole y DeHart, 2007). Siguiendo el enfoque de estos autores una autoestima más frágil sería aquella en la que existe una incongruencia entre ambas, especialmente para aquellos sujetos que presentarían una autoestima explícita elevada, pero que no se corresponde con su autoestima implícita (Bosson et al., 2003). Esta distinción entre ambas autoestimas y la importancia de la congruencia o no entre ambas ayudaría a explicar por qué una autoestima alta puede asociarse tanto con variables deseables (por ej., bienestar) como no deseables (por ej., prejuicios, violencia). Resolver esta discrepancia puede ser una motivación para los sujetos con una autoestima frágil (Spencer et al., 2005). Algunos estudios respaldan esta teoría, ya que las personas con una autoestima incongruente muestran con mayor frecuencia tendencias defensivas verbales (Kernis et al., 2008), de autoensalzamiento (Bosson et al., 2003), y mayores variaciones en la autoestima momento a momento (Zeigler-Hill, 2006). Asimismo, una discrepancia entre ambas autoestimas se ha asociado con ira (Schröder-Abé et al., 2007), trastorno dismórfico corporal (Buhlmann et al., 2009), trastornos de la alimentación

(Cockerham et al., 2009), perfeccionismo y narcisismo (Jordan, C. H. et al., 2003; Zeigler-Hill y Terry, 2007). En cualquier caso, la correlación entre ambos tipos de autoestima es baja (Karpinski y Steinberg, 2006; Koole y DeHart, 2007).

También se ha encontrado que las personas con una alta autoestima implícita son más perseverantes a pesar de los errores cometidos, experimentan emociones negativas con menor frecuencia y presentan mayor grado de optimismo (Koole y DeHart, 2007).

3.4.2. Autoestima específica frente autoestima global

Un problema que plantea hasta el momento la investigación de la autoestima es que existe una amplia variabilidad comportamental y de desempeño entre las personas que informan de tener una alta autoestima y, por tanto, el valor predictivo de la variable respecto al desempeño en diferentes tareas o con otras medidas objetivas (no subjetivas) es bajo (Ajzen y Fishbein, 1977; Baumeister et al., 2003). Es decir, una persona puede ser muy mala en el razonamiento lógico matemático y tener una alta autoestima y viceversa. Lógicamente, esto depende del grado de importancia que cada persona le dé a esa habilidad dentro de su autoconcepto. Sin embargo, cuando una persona considera una habilidad o aspecto personal importante (por ej., apariencia física) y también considera que es una persona capaz o destacada en ese aspecto, entonces es probable que su autoestima sea alta (Crocker y Wolfe, 2001). Aunque aparentemente simple, las diferencias entre ambos tipos de autoestima y la relación entre ambas parecen algo más complejas de determinar. Por ejemplo, la autoestima específica parece apoyarse sobre todo en cogniciones, mientras que en la autoestima global el componente afectivo resulta especialmente relevante (Rosenberg et al., 1995). Además, se ha podido comprobar que se encuentra una relación entre ambos tipos de autoestimas cuando se emplean medidas autoinformadas subjetivas, pero que la relación entre ambas medidas es prácticamente inexistente cuando se combinan medidas autoinformadas y heteroinformadas o medidas autoinformadas y objetivas. Es decir, para muchas personas existe una correlación entre sentirse físicamente atractivas y su autoestima ($r=0,85$). Sin embargo, cuando se

emplean medidas “objetivas” de apariencia física, por ejemplo, a través de las valoraciones por parte de una muestra de sujetos de las fotos de los participantes, no existe correlación entre ambas medidas o ésta es muy baja ($r=0,14$) (Diener et al., 1995).

Aunque todavía existen dudas respecto a la relación entre ambos tipos de variables, lo que sí parece claro es que la mayoría de los estudios que han encontrado una asociación entre la autoestima y otras variables se han basado exclusivamente en medidas autoinformadas que pueden estar sujetos a diversos sesgos como la deseabilidad social (Kernis, 2003) y que, por tanto, es recomendable el uso combinado de medidas autoinformadas y heteroinformadas u objetivas para clarificar estas relaciones (Baumeister et al., 2003).

A modo de resumen, tener una alta autoestima no es equivalente a tener una autoestima saludable u óptima. Aunque las escalas que miden la actitud global de las personas hacia uno mismo son muy prácticas en los estudios con grandes muestras, conocer los distintos tipos de autoestima y su relación con el bienestar puede ayudarnos a interpretar de un modo más apropiado los resultados de las investigaciones. Además, el empleo de medidas objetivas o el uso conjunto de pruebas auto- y heteroinformadas parece recomendado para aclarar algunas de las preguntas pendientes de responder.

3.5. ¿Para qué sirve la autoestima? Las respuestas desde la teoría sociométrica, la psicología evolutiva y la neuropsicología

Mantener una autoestima alta, ya sea de manera saludable o no, es uno de los principales motivadores del ser humano y, como otras conductas, nos lleva a plantearnos cuál es su función y qué sentido evolutivo ha tenido para establecerse como un importante motivador de la conducta, de modo que comportamientos o estímulos que ayudan a elevar nuestra autoestima tienen un importante efecto reforzante y conductas o estímulos que minan nuestra autoestima resultan aversivas y provocan un gran dolor emocional. A pesar de la ingente cantidad de publicaciones relacionadas con la autoestima, pocos investigadores se han planteado esta cuestión. Según la Teoría Sociométrica, la principal función de la

autoestima es servir como un sensor que nos permite evaluar y responder ante las evaluaciones sociales (Leary y Baumeister, 2000; Leary y Downs, 1995). De ese modo podemos buscar la aprobación de las personas relevantes de nuestro entorno o al menos de una introyección de estas personas y que, por el contrario, recibir rechazo, desaprobación o falta de atención e interés de estas personas provoca un efecto aversivo ante el cual se reajusta el comportamiento.

Desde el punto de vista evolutivo, el ser humano es un animal social cuya supervivencia depende de pertenecer a un grupo de referencia (Tomasello, 2014). De hecho, desde la propia psicología o la antropología se acepta la idea de que la principal fortaleza del ser humano para sobrevivir es la capacidad para vivir en grupos cooperativos; ya que el ser humano carece de otras habilidades como la fuerza, la velocidad, la capacidad para vivir en los árboles, etc. y es probable que la evolución haya seleccionado a aquellos sujetos capaces de integrarse y colaborar en grupos (Buss y Kenrick, 1998; Caporael, 1997; Caporael, 2001; Dunbar, 1998).

Cuando hablamos de necesidad quiere decir que la no satisfacción de esta necesidad no solo conlleva una frustración por un deseo no cumplido, sino que puede tener efectos disfuncionales como estrés, problemas para la salud física y psicológica. Probablemente para nuestros antepasados homínidos, el hecho de quedar aislado de un grupo de referencia suponía un importante riesgo; ya que reducía las posibilidades de cazar, de conocer los recursos y peligros del entorno, de poder reproducirse, del cuidado de la descendencia o de la vigilancia ante los depredadores. Es lógico, por tanto, pensar que en nuestro cerebro se desarrolló un mecanismo que permitió a nuestros antepasados calibrar su nivel de aceptación-rechazo por parte del grupo de referencia y ajustar su comportamiento en función de esta evaluación.

Hoy en día, el rechazo, la exclusión social o la soledad son factores clave en la salud psicológica y física de las personas (Cacioppo y Hawkley, 2003; Mitchinson et al., 2008; Reifman y Windle, 1995) y las teorías sobre el bienestar dan una gran importancia a los vínculos sociales (Ryff y Keyes, 1995; Seligman, 2012).

Eisenberger et al. (2003) decidieron examinar, mediante resonancia magnética funcional, qué ocurría en el cerebro cuando las personas experimentaban rechazo o exclusión por parte de otros sujetos. La literatura, la música y las expresiones lingüísticas están llenas de referencias a la experiencia de “dolor” cuando alguien se siente rechazado, abandonado o humillado. En esta línea, los investigadores decidieron examinar si circuitos relacionados con el dolor físico podían estar asociados con los circuitos activados ante el rechazo social.

Sin ánimo de entrar en excesiva profundidad en temas que no son el objetivo de esta tesis, conviene comentar brevemente cómo se produce la percepción y procesamiento del dolor en nuestro cerebro. De una manera simplificada, el dolor está sujeto a dos procesos evaluativos. Un primer proceso que se refiere a la localización, intensidad y tipo de dolor; y un segundo proceso evaluativo que se encarga de evaluar si ese dolor es lo suficientemente relevante como para prestarle atención y, en caso de que sea necesario, interrumpir nuestra actividad. Este segundo proceso evaluativo se ubica en la corteza cingulada, una zona de la corteza cerebral que se sitúa inmediatamente por encima del cuerpo calloso (Melzack y Casey, 1968; Melzack y Well, 1965).

En el experimento de Eisenberger et al. (2003) situaron a los sujetos ante una tarea en la que existían dos condiciones mientras la actividad cerebral era registrada a través de resonancia magnética funcional. En una condición, jugaban virtualmente a pasarse la bola con otros dos participantes. En la condición de rechazo, quedaban excluidos de participar en el juego y veían como los otros dos participantes se pasaban la bola. Al examinar los resultados de la resonancia, pudieron comprobar que, en la condición de rechazo, los participantes

mostraron un incremento de la actividad de la corteza cingulada anterior dorsal y de la ínsula anterior, que son regiones asociadas típicamente con la experiencia de dolor físico, especialmente con el segundo proceso evaluativo comentado anteriormente (DeWall et al., 2010; Eisenberger et al., 2003). Además, aquellas personas que mostraron un rasgo de mayor sensibilidad al rechazo fueron las que mostraron una mayor actividad de estas áreas con relación a los estímulos de rechazo (Burklund et al., 2007; Kross et al., 2007). Los autores del artículo también hipotetizan que es probable que las personas necesiten reclutar otras estructuras cerebrales que les sirvan para intuir qué opinan las otras personas de ellas. Estas estructuras, centradas en entender la mente de los otros, podrían ser la corteza prefrontal dorsomedial o el precúneo (Frith y Frith, 2006; Lieberman, 2010).

De acuerdo con la teoría sociométrica, experiencias que eleven la autoestima deberían ir acompañadas de correlatos neuronales asociados con el refuerzo y eso es lo que se ha encontrado en las investigaciones revisadas. Recibir un feedback de ser aceptado por otra persona activa la corteza cingulada anterior subgeniculada (Somerville et al., 2006) y recibir un feedback descriptivo positivo activa el estriado ventral (Izuma et al., 2008), una región tradicionalmente asociada con el mecanismo de recompensa encargado de promover la repetición de conductas que previamente resultaron reforzantes (Knutson y Cooper, 2005). Podríamos pensar por tanto que aquellas personas que obtienen una alta puntuación en autoestima muestran una mayor actividad en estas dos estructuras cerebrales especialmente cuando interactúan con otras personas y que la interacción positiva con otros resulta especialmente reforzante.

La teoría sociométrica también ha obtenido respaldo a partir de investigaciones que han relacionado los niveles de autoestima con experiencias de rechazo y aceptación. Como ha sido comentado anteriormente, hay autores que apuntan a que existiría una autoestima segura caracterizada por ser estable, genuina y poco permeable a las opiniones externas. Sin

embargo, la mayoría de los estudios realizados hasta el momento apuntan a que la autoestima depende en gran parte de las evaluaciones externas (Leary y Downs, 1995; Leary et al., 1998, 2007). Especialmente interesante es un estudio (Leary et al., 2003) que examinó si esto era cierto incluso en las personas que informan de que no se dejan guiar por las opiniones externas para afirmar su valía. Tras una evaluación inicial de esta característica, se realizó un estudio experimental en el que se manipularon los feedback que los participantes recibían sobre su actuación en una actividad de presentación oral. En dicho experimento y otros previos se pudo comprobar que, incluso en aquellos que declaraban no dejarse influir por las opiniones externas, veían su autoestima claramente afectada por el feedback recibido (Buckley et al., 2004; Leary et al., 1998, 2003; Nezlek et al., 1997). MacDonald et al. (2003) encontraron que la autoestima de los participantes estaba asociada con realizar comportamientos que pensaban que favorecerían la aprobación y la aceptación de personas relevantes de su entorno. Por ejemplo, ayudar a otra persona suponía un incremento de la autoestima especialmente en personas que consideraban que sus seres queridos validarían ese comportamiento y eso les haría sentirse aceptados. Sin embargo, si se imaginaban realizando conductas contrarias a los atributos deseables por su grupo de referencia, tenían reducciones en sus niveles de autoestima. En la misma línea, Harter y Marold (1991) informaron que los sentimientos de valía de los adolescentes estaban íntimamente relacionados con sentirse competentes en aspectos que sus padres considerarían deseables y relevantes.

Un aspecto que merece interés es cómo reaccionan las personas cuando experimentan ese rechazo. Por lo general, la experiencia de rechazo produce emociones como tristeza, miedo, estrés o reducciones en el nivel de autoestima a lo que las personas pueden responder o bien buscando con más ímpetu la aceptación del otro; o bien evitando la fuente del malestar que es el rechazo; o a través de reacciones agresivas encaminadas a dañar al otro o defenderse (Blackhart et al., 2006; Iffland et al., 2014; Smart y Leary, 2009). En el caso concreto del bullying estos tres tipos de respuestas suelen verse con frecuencia entre las víctimas y los

agresores. En algunos casos, las víctimas cambian su comportamiento para lograr una mayor aceptación a través de estrategias prosociales, en otros casos se apartan del grupo y tratan de pasar desapercibidos para no experimentar nuevas experiencias de rechazo o pueden defenderse o incluso agredir de vuelta a los agresores o a los espectadores. Las estrategias prosociales, como por ejemplo pedir perdón o compensar el error es más habitual cuando las personas perciben que la relación es reparable (Smart y Leary, 2009). Cuando no se considera reparable y la persona percibe que puede sufrir nuevas agresiones, la evitación es la más frecuente (Smart y Leary, 2009). Otra reacción común es la de la participación insistente o burlona que, si bien no logra la aceptación del grupo, sí consigue su atención, siendo la atención como es sabido un poderoso reforzador de la conducta (Rebellon, 2006) y puede ser percibido como una forma de aceptación y presencia en el grupo.

La teoría sociométrica resulta muy atractiva y parece dar una respuesta coherente a aspectos del funcionamiento de la autoestima y también a la pregunta para qué tenemos autoestima y por qué es un motivador tan importante para la conducta, sin embargo, la mayoría de las investigaciones al respecto han sido desarrolladas por el mismo grupo de investigación y algunas de las hipótesis no han sido examinadas con otros grupos. Un metaanálisis publicado en 2009 (Blackhart et al., 2009) decidió examinar los resultados de la asociación entre rechazo social, autoestima y afecto. En dicho metaanálisis incluyeron 134 artículos y los clasificaron en función de diversas variables. Una primera clasificación hacía referencia a si el estudio era correlacional o era de laboratorio, el segundo criterio diferenciaba entre experiencias de rechazo u ostracismo. La diferencia entre ambas condiciones consiste en que el rechazo social es negar una petición o abiertamente apartar a una persona, mientras que el ostracismo se caracteriza por ignorar y poco a poco e ir evitando el contacto con una persona. Un tercer criterio diferenciaba entre rechazo real, posible o imaginado o si era un rechazo vivido en el pasado. También distinguieron entre ser rechazado a través de medios online o directamente, a pesar de que hay numerosos estudios que encuentran que ambos

tipos de rechazo tienen un impacto similar sobre el estado emocional (Paulhus y Williams, 2002; Smith, A. y Williams, 2004; K. D. Williams et al., 2000). En cuarto lugar, evaluaron si el rechazo provenía de la persona directamente o era comunicado a través de una tercera persona (por ej., el experimentador). En quinto lugar, evaluaron si el rechazo era global o explícito, es decir, si se comunicaba con frases del tipo “No te queremos” o se comunicaba con frases del tipo “Ha sido elegida otra persona en vez de ti”. Además, fueron divididos en su revisión en función de si evaluaban el impacto sobre el afecto; o de si evaluaban el impacto sobre la autoestima. Se incluyeron artículos longitudinales, transversales y experimentales. Como principales conclusiones encontraron que, en situaciones experimentales, el rechazo social provocaba cambios modestos en el estado emocional y en el afecto. En el caso de la autoestima, los tamaños del efecto eran menores cuando se comparaban las situaciones de rechazo con una situación neutral que cuando se comparaban con una experiencia de aceptación. Además, no se encontraron diferencias entre las situaciones de rechazo social y las condiciones de amenaza para el ego (por ej., fallar en una tarea). Sí que vieron, que en las condiciones de aceptación aumentaba significativamente el afecto positivo; y en las condiciones de rechazo, los cambios sobre el afecto positivo y negativo eran menores situándose en torno a puntuaciones neutrales. También pudieron comprobar que ser rechazado de un grupo real tenía tamaños del efecto mayores que cuando eran rechazados de un grupo imaginario. Los niños que eran rechazados de manera puntual o crónica por sus compañeros mostraban niveles significativamente mayores de afecto negativo. En cualquier caso, en los estudios correlacionales también es posible que experiencias de afecto negativo causen interacciones sociales más negativas y, estas también provoquen el rechazo de los iguales. En niños y adultos, el rechazo percibido o medido a través de índices sociométricos se corresponde con numerosas consecuencias negativas para los niños y los adolescentes como depresión, distrés (Estévez López et al., 2006).

También en dicho metaanálisis y con relación a la autoestima, el tamaño del efecto de las situaciones de laboratorio fue de 0,30; no encontraron tales diferencias con condiciones neutrales y detectaron algunos factores que mediaban la relación entre rechazo y autoestima. Por ejemplo, las experiencias pasadas reales de rechazo producían un impacto mayor sobre la autoestima que las situaciones futuras imaginadas. También parece que cuando las experiencias de rechazo son recordadas pueden tocar en aspectos clave de la vida del sujeto, situaciones especialmente salientes, mientras que, en las imaginadas, no ocurriría esto. Otro aspecto que medió la relación fue que recibir un rechazo directo por parte de otra persona tenía un impacto mayor que recibir un rechazo mediado a través del experimentador. No encontraron factores moderadores de la relación entre la aceptación, por ejemplo, y el aumento en la autoestima, pero esto se debió principalmente a las características de los estudios que contaban con muestras excesivamente pequeñas en las que era muy difícil formar subgrupos representativos.

Tanto en afecto como en autoestima, los tamaños del efecto mayores se encontraron en los grupos cuando se comparaban una situación de rechazo con una situación de aceptación y fueron menores cuando se comparaban con una situación neutra. Sin embargo, hubo también algunas diferencias en cómo distintas situaciones afectaban a ambas variables. Por ejemplo, el hecho de revivenciar experiencias de rechazo tuvo un alto impacto sobre las medidas de autoestima, pero no tanto en las medidas de afecto.

Sí que parece claro que sentirse peor no tiene por qué significar sentirse mal; ya que las puntuaciones tanto en autoestima como en afecto de las personas rechazadas caen en torno a posiciones medias. Tampoco es descartable que sea una reacción momentánea o que sea una forma de afrontar la situación.

En resumen, se puede decir que existe evidencia a favor de que las experiencias de rechazo impactan negativamente sobre la autoestima y sobre el afecto; y que diferentes

metodologías encuentran relaciones más fuertes o más débiles o una posible interacción con otras variables como por ejemplo el tipo de rechazo sufrido o el modo en el que se es consciente de ese rechazo.

3.6. Medir la autoestima

La autoestima puede ser evaluada de manera específica o global. La autoestima específica ha sido evaluada a través de escalas como por ejemplo el *Self-Description Questionnaire* (Marsh, 1990), el *Self-Perception Profile for Children* (Harter, 1985), y el *Self-Perception Profile for Adolescents* (Harter, 2012) todos con buenas propiedades psicométricas (Blascovich y Tomaka, 1991; Byrne, 1996; Fleming y Courtney, 1984; Marsh et al., 2005).

La autoestima global ha sido medida con instrumentos como la Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965), la *Janis–Field Feelings of Inadequacy Scale* (Fleming y Courtney, 1984), el *Texas Social Behavior Inventory* (Helmreich y Stapp, 1974), o la *Self-Liking/Self-Competence Scale* (Tafarodi y Swann Jr, 2001). La escala más utilizada en la investigación es la Escala de Autoestima de Rosenberg; ya que es breve y muestra buenas propiedades psicométricas (Blascovich y Tomaka, 1991; Robins et al., 2002). Por ejemplo, muestra una buena validez discriminante con otras medidas como la satisfacción con la vida, el optimismo y los resultados académicos (Blascovich y Tomaka, 1991; Lucas et al., 1996); y también una alta validez convergente con otras medidas de autoestima (Bosson et al., 2000).

La escala de Rosenberg cuenta con 10 ítems, es autoinformada y entiende que la autoestima es relativamente estable y unidimensional, donde una alta puntuación refleja una actitud positiva hacia uno mismo; y una baja puntuación una actitud negativa hacia uno mismo.

Aunque algunos autores han defendido que una estructura de dos factores sea la que mejor encaja con la escala, ya sea agrupándose por ítems positivos y negativos (Martín-Albo et al., 2007a), o bien por factores agrupados en función de si hacen referencia al sentido de valía

o al de competencia (Richardson et al., 2009), existe suficiente evidencia para considerar que una estructura de un solo factor muestra un buen ajuste a las puntuaciones (Gray-Little et al., 1997; Schmitt y Allik, 2005).

3.7. Diferencias en autoestima en función de características demográficas

3.7.1. Diferencias en función del género

En cuanto a las diferencias en autoestima en función del género, los estudios publicados hasta el momento han encontrado resultados contradictorios (Benjet y Hernandez-Guzman, 2001; Martín-Albo et al., 2003; Navarro y Grijalvo, 2007; Sahlstein y Allen, 2002; Wilgenbush y Merrel, 1999).

En un metaanálisis publicado en 2016 (Zuckerman et al., 2016) encontraron que, en general, los chicos obtenían puntuaciones significativamente mayores, aunque estas diferencias se vieron moduladas por otros factores como el lugar de procedencia o la edad. Este metaanálisis identificó que estas diferencias en función del género eran mayores en la infancia e iban aumentando hasta el final de la adolescencia, y se iban atenuando en la edad adulta. En las muestras de Estados Unidos, las diferencias en función del género fueron mayores entre los grupos de población caucásicos, hispanos y de origen asiático; y menores entre los afroamericanos e inmigrantes de otros orígenes. Este estudio apuntó que las diferencias fueron mayores en los países considerados “desarrollados”. Atendiendo al desarrollo a lo largo del tiempo, estas diferencias comenzaron a partir de 1970, aumentaron hasta 1995 y después descendieron.

Otro metaanálisis decidió examinar las diferencias en función del género en dominios específicos en vez de con una puntuación de autoestima global (Gentile et al., 2009). Los hombres puntuaron significativamente más alto en apariencia física con un tamaño del efecto entre pequeño y medio. Las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres en conducta y en moral. No hubo diferencias en autoestima académica, aceptación social, familia o autoestima afectiva.

En resumen, podríamos decir que hay diversos factores que pueden influir en las diferencias en función del género, pero que, de haber diferencias, lo más probable es que estas sean mayores en la adolescencia y cuando se evalúa la autoestima de una manera global, pero que, cuando se realizan mediciones de autoestima específica o en la edad adulta, estas diferencias se desvanecen o son inexistentes.

3.7.2. Diferencias en función de la edad

Como se ha señalado anteriormente, los teóricos apuntan a que una autoestima segura sería aquella que es estable, mientras que una autoestima sería frágil si es inestable y fluctúa a lo largo del tiempo. Los estudios examinados hasta el momento indican que ambas conclusiones son ciertas, es decir la autoestima es estable y también fluctúa a lo largo del tiempo. Robins et al. (2002) encontraron que la autoestima desciende entre la infancia y la adolescencia, va aumentando a lo largo de la juventud y la mitad de la edad adulta, alcanza su pico en torno a los 65 años y desciende en la 3ª edad. Sin embargo, este estudio es transversal y estas conclusiones pueden estar sujetas a situaciones históricas o contextuales, además del desarrollo de la autoestima a lo largo de la vida. Tres estudios (Orth et al., 2010, 2012, 2015) emplearon grandes muestras tomando medidas a lo largo de 16 años. Concluyeron que el desarrollo de la autoestima correspondía a una gráfica U invertida, en la que la autoestima aumenta entre la adolescencia y la edad adulta media, llegando a su máximo en torno a los 50-60 años y descendiendo a lo largo de la 3ª edad. Sin embargo, el descenso de las puntuaciones entre la edad adulta y la 3ª edad variaba ampliamente entre los estudios.

En la infancia y la adolescencia, los estudios revisados (Harter, 1993, 2006) indican que en los niños existe una leve caída de la autoestima entre los 4 y los 8 años, principalmente debido al aumento de sus capacidades cognitivas que les llevan a ser más conscientes de la comparación social, un aumento de la conciencia de la distancia entre su yo ideal y su yo real, y una mayor capacidad para tomar perspectiva y ser conscientes de lo que otras personas opinan de ellos. Este pequeño descenso continuaría en la transición de la infancia a la

preadolescencia incrementado por los cambios físicos, emocionales y sociales característicos de esta fase (Blyth et al., 1983; Harter, 1990; Simmons et al., 1979) y comenzaría a recuperarse en la adolescencia media, debido a la adquisición de una mayor autonomía, mayor sentido de control sobre su vida, mayor capacidad para elegir amistades afines y una mayor implicación en actividades de su gusto. Sin embargo, en un metaanálisis de 2018 (Orth et al., 2018) que incluyó a más de 300 muestras independientes y a 164.868 participantes concluyeron que los niveles medios de autoestima aumentaron de los 4 a los 11 años, se mantuvieron estables de los 11 a los 15 años, momento a partir del cual aumentaron con intensidad hasta los 30 años y continuaron aumentando hasta los 60 años. Hasta los 70 se mantuvieron constantes y descendieron levemente hasta los 90 años y con mayor intensidad hasta los 94. Aunque este patrón también se vio influido por el tipo de medida empleada, el género, el país, la etnia, el tipo de muestra y el momento del nacimiento. En cualquier caso, se entiende que este aumento de la autoestima se corresponde efectivamente con la adquisición de estas habilidades, la relación con las amistades y el desarrollo de esta autonomía sobre la conducta; y que la falta de estos aspectos en esta fase tan importante en la vida puede predisponerse como un factor de vulnerabilidad para una autoestima frágil a lo largo de la vida.

Trzesniewski (2003) recogió 54 artículos donde se evaluó la autoestima de los participantes con edades comprendidas entre los 6 y los 83 años. Las correlaciones test-retest variaron entre 0,50 y 0,70. Según este estudio, la autoestima tiene una estabilidad comparable a los rasgos de personalidad. El estudio concluye que la autoestima es más inestable en la infancia y la adolescencia, aumenta a lo largo de la adolescencia y se hace más estable a lo largo de la edad adulta. Estos resultados parecen bastante sólidos y no se ven afectados por el género, el año de publicación o la escala empleada. Sin embargo, otro estudio más reciente (Anusic y Schimmack, 2016), que empleó una metodología más sofisticada (*Meta-Analytic Stability and Change Model*, Kenny y Zautra, 1995) que permite estudiar tanto el efecto de la

estabilidad como el efecto de factores puntuales, contradice el estudio anterior y delimitan que la estabilidad de los factores de personalidad es muy superior a la de la autoestima.

A modo de conclusión, podemos decir que la autoestima presenta cierta tendencia a cristalizarse con la edad, tal y como hacen otros aspectos del desarrollo psicológico (por ej., los rasgos de personalidad). Por ello, la infancia y la adolescencia parecen momentos clave que ayudan a establecer una línea base en torno a la cual se construye esa aceptación y apreciación hacia uno mismo. Sin embargo, como también es lógico, situaciones de la vida y contratiempos (desarrollo profesional, encuentros y rupturas amorosos, pérdidas de seres queridos, problemas de salud, etc.) pueden impactar sobre los niveles de autoestima tanto de una manera estable (Luciano y Orth, 2017; Orth y Luciano, 2015) como produciendo pequeñas fluctuaciones (Crocker y Wolfe, 2001; Crocker et al., 2003). Además, estudios que han evaluado el peso de la influencia genética y ambiental sobre la autoestima, han concluido que la última tiene más peso que la primera (Bleidorn et al., 2018). También parece plausible que pequeñas oscilaciones en los niveles de autoestima pueden ayudar a reajustar el comportamiento y, en algunos casos, pueden ser saludables para las relaciones interpersonales.

3.7.3. Diferencias en función de la raza, la cultura y el nivel socioeconómico

Como ha sido comentado, la atención a la autoestima surgió principalmente en Estados Unidos y en los países occidentales, por tanto, resulta interesante conocer si los niveles de autoestima varían entre países y también si varían entre las distintas poblaciones de un mismo país.

Desde un planteamiento teórico cabría suponer que la autoestima es una experiencia humana universal, es decir, que en todo el mundo las personas tenderán a sentirse bien, mal o regular consigo mismas. Sin embargo, es probable que las razones por las que los habitantes de las distintas regiones se sientan bien o mal consigo mismas estén relacionadas con aspectos

culturales; y también cabe suponer que ciertos sesgos a la hora de responder influyan en las distintas puntuaciones.

Heine et al. (1999) compararon las puntuaciones en autoestima y los sesgos a la hora de responder a los cuestionarios de autoestima entre Japón y Estados Unidos. En el segundo caso, los participantes presentaban un mayor sesgo hacia autoensalzarse y presentaban puntuaciones significativamente mayores en autoestima que en el primer caso. Además, los japoneses mostraron una mayor autocrítica y presentaron menos sesgos destinados a elevar su autoconcepto (Heine et al., 2000, 2001; Heine y Renshaw, 2002). Heine et al. (1999) incluso han cuestionado la importancia de este concepto en las culturas orientales, donde la valía de uno mismo está especialmente en el valor de encajar y de aportar algo a la colectividad. Se mantienen altos niveles de autocrítica que ayudan a ajustar el comportamiento a la colectividad; ya que autoensalzar el comportamiento puede entenderse como un modo de conformismo que se aleja de la excelencia que pueden alcanzar, además esa confianza en uno mismo puede ser interpretada como un obstáculo a la interdependencia (Heine et al., 1999). Estas diferencias culturales bien pueden explicar las diferencias encontradas en las puntuaciones de autoestima. Además, también se han visto diferencias entre las culturas en el peso que la autoestima tiene para el bienestar. Por ejemplo, la relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida es mayor en las culturas más individualistas que en las colectivistas. En cualquier caso, la forma de medirlo en ambas culturas fue diferente; ya que se habla de satisfacción con uno mismo, más que de autoestima (Diener y Diener, 2009).

Aunque es cierto que la puntuación de autoestima puede diferir en diferentes países, puede ocurrir que el concepto de autoestima en otros países sea difícil de entender y que, probablemente, el sentido de valía esté colocado principalmente sobre otros aspectos.

También se han examinado diferencias entre grupos de población dentro de un mismo país, estudios principalmente llevados a cabo en Estados Unidos. En los metaanálisis

consultados, los afroamericanos obtuvieron puntuaciones significativamente superiores que los caucásicos; y los caucásicos a su vez puntuaron significativamente por encima de otros grupos raciales minoritarios como los hispanos o los indios americanos. Aparentemente, la autoestima de los afroamericanos fue aumentando en las diferentes recogidas de datos. La autoestima de los afroamericanos y los hispanos fue mejor cuando no se incluyeron escalas específicas sobre rendimiento académico; y también cuando poseían un alto estatus socioeconómico (Twenge y Crocker, 2002).

En lo que respecta al nivel socioeconómico, un metaanálisis que incluyó a 312.940 participantes encontró una asociación significativa pero pequeña entre el estatus socioeconómico y la autoestima; y ésta se veía afectada también por la edad, es decir, las diferencias en función del nivel socioeconómico eran prácticamente inexistentes en los niños, aumentaba hasta la edad adulta y después era menor para los adultos con más de 60 años. Para los asiáticos y de origen asiático la ocupación y la educación tenían un mayor peso sobre la autoestima que el propio nivel socioeconómico (Twenge y Campbell, 2002).

3.8. Implicaciones

3.8.1. Académicas y motivacionales

- **Académicas**

Uno de los terrenos donde la autoestima ha suscitado un mayor interés ha sido en el terreno académico. Varias investigaciones encontraron una asociación entre la autoestima y el rendimiento académico, que llevó a pensar que un aumento en la autoestima traería una mejora en el rendimiento académico de los alumnos. Teóricamente se consideraba que era probable que los alumnos con una alta autoestima se fijaran metas más ambiciosas y fueran más perseverantes ante las dificultades. Sin embargo, los índices de correlación en estos estudios fueron pequeños y se trataba de estudios correlacionales, donde no se podía descartar que fuera el buen rendimiento académico el que provocara una mejora en la autoestima y no al revés (Bowles, 1999; Enger et al., 1994; Kugle et al., 1983; Zimmerman et

al., 1997). Además, los estudios que encontraron una mayor relación entre autoestima y rendimiento académico estaban basados en medidas subjetivas del rendimiento, con lo que ambas variables podían estar sometidas a los mismos sesgos y no a una relación objetiva entre el nivel de autoestima y las calificaciones (Rosenberg et al., 1989).

El siguiente paso de la investigación, por tanto, fue realizar estudios longitudinales que permitieran estudiar si eran los niveles de autoestima los que predecían el rendimiento académico o si era a la inversa, y varios de estos estudios concluyeron que era más probable que una buena autoestima fuera producto de un buen rendimiento y no al revés (Skaalvik y Hagtvet, 1990), o que terceras variables como por ejemplo lo podían ser el cociente intelectual o la clase social podían explicar las puntuaciones de ambas (Maruyama et al., 1981; Pottebaum et al., 1986). También se ha investigado en estudios longitudinales si puede haber una relación bidireccional entre rendimiento académico y autoestima. En aquellas ocasiones en las que se encontró una relación entre autoestima y rendimiento académico, fue cuando se examinaron puntuaciones subjetivas, pero no se encontró relación ninguna cuando el rendimiento académico se midió a través de puntuaciones objetivas (Zheng et al., 2020).

De hecho, no se puede descartar que los programas para elevar la autoestima en los alumnos no tengan un efecto contrario al esperado; ya que si obtener buenas calificaciones es una forma de obtener una buena autoestima; si elevamos la autoestima sin obtener unas buenas calificaciones, ¿para qué serviría entonces esforzarse por obtener buenas calificaciones? Un estudio de campo examinó esta cuestión. Dos grupos de alumnos, que habían suspendido, fueron asignados a dos condiciones. En una condición, se les transmitió un feedback acorde a su rendimiento y en otra condición se les daba el mismo feedback además de un mensaje positivo para su autoestima. Los alumnos que recibieron el impulso para su autoestima obtuvieron un rendimiento significativamente peor que los otros (Forsyth et al., 2007).

Algunos programas como Head Start han obtenido mejoras pequeñas o moderadas en el terreno académico con niños o reduciendo el absentismo (J. Currie, y Thomas, 1993; D. Phillips, et al., 2016). Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos programas son multicomponentes y trabajan diversas áreas relacionadas con el bienestar como son la nutrición, la implicación de las familias o las habilidades cognitivas, con lo que no se puede concluir que los efectos producidos en el rendimiento académico sean debidos al componente del programa que trabaja la autoestima. En la literatura revisada hasta el momento no consta que se haya estudiado el efecto de sus componentes por separado.

- **Motivacionales**

Muchos autores han defendido que probablemente la autoestima facilita la perseverancia ya que ayuda a cumplir con determinadas metas y mantiene la confianza y la motivación durante todo el camino (Cruz Pérez, 1973; Shrauger y Sorman, 1977; Taylor y Brown, 1988), además de que aparentemente las personas con una alta autoestima son más perseverantes en tareas que son irresolubles que las personas con baja autoestima (Di Paula y Campbell, 2002; McFarlin et al., 1985).

Aunque esto puede ser cierto, esa idea de perseverar y ser consciente de las capacidades que uno tiene para desempeñar una determinada función quedaría mejor recogida en el concepto de autoeficacia y no en el de autoestima (Bandura, 1977). En este caso, la autoeficacia va mejorando a través de la experiencia de dominio en las diferentes tareas y no a través de un sentimiento de valía y aprecio por uno mismo. Además, implicarse en tareas movido por la autoestima en vez de por la tarea en sí es probable que interfiera más que ayudar a la realización de tareas; ya que personas que se implican en esas tareas para elevar su autoestima es más probable que sobreestimen sus capacidades y competencias, pongan más excusas o culpen a otros, lo que probablemente dificulte más la consecución de metas que su logro. Por ejemplo, Robins y Beer (2001) encontraron que la tendencia a autoensalzarse en el terreno académico estaba asociada a una menor implicación y que podía

llevar a un peor rendimiento académico (Baumeister et al., 1993). Por tanto, la autoestima y la autoeficacia presentan una alta correlación; ya que el sentido de ser capaz de enfrentar diversas tareas, basadas en un buen rendimiento previo, da una sensación de valía, pero una sensación de valía no aumenta la autoeficacia y, de hecho, en algunas ocasiones, sobreestimar falsamente nuestra capacidad puede ser contraproducente (Leary, 2005).

3.8.2. Implicaciones para el bienestar

Las variables de autoestima y bienestar, felicidad o satisfacción con la vida están claramente asociadas en el acervo popular. Al fin y al cabo, se refieren a “sentirse bien”. En las muestras occidentales donde se ha estudiado esta relación, se han encontrado altos índices de correlación entre ambas variables (Campbell, 1981; Lyubomirsky y Lepper, 1999). Diener y Diener (1995) encontraron que la autoestima era el mayor predictor de satisfacción con la vida en una muestra transnacional de estudiantes universitarios, aunque esta relación fue más fuerte en países individualistas. Esto coincide con otros estudios que sitúan a la autoestima como el predictor más importante de satisfacción con la vida por encima de los rasgos de personalidad o los estilos educativos parentales (Furnham y Cheng, 2000). También la autoestima ha sido asociada positivamente con otras variables relacionadas con la felicidad como el optimismo, el sentido de control o el propósito en la vida, o el afecto positivo; y negativamente asociada a desesperanza, soledad, o estado de ánimo bajo o afecto negativo (Lyubomirsky et al., 2006; Orth et al., 2012).

Asimismo, se ha encontrado una asociación entre autoestima y salud mental, y una asociación negativa entre autoestima y problemas de salud y comportamientos de riesgo (Pastor et al., 2006). Y, de hecho, tener una alta autoestima está asociado a una sensación de bienestar en sí misma (Myers y Diener, 1995).

Como ha sido comentado en otros apartados, los estudios revisados siguen una metodología transversal y correlacional con lo que no está del todo claro que la autoestima

sea la causa del bienestar o a la inversa; o que haya terceras variables que influyan sobre ambas, y existen estudios que señalan que acontecimientos traumáticos o desafortunados pueden tener un impacto negativo sobre la visión de uno mismo, aunque estos acontecimientos no estén directamente relacionados con aspectos evaluativos del autoconcepto (Carnelley y Janoff-Bulman, 1992; Taylor, 1983).

Una última aclaración que cabría hacer es si sentirse bien con uno mismo es igual de importante en todas las culturas. En el estudio llevado a cabo por Oishi et al. (2009) en el que se estudió la satisfacción con uno mismo en relación al bienestar, se encontró que la autoestima era un importante predictor del bienestar, especialmente en las muestras más individualistas. Cabe suponer que, probablemente, en otros países más colectivistas la satisfacción con uno mismo también sea importante para el bienestar, pero los factores sobre los que se construye este sentimiento de satisfacción con uno mismo tengan más que ver con la capacidad para ser útil a los demás que en el autoensalzamiento y elevación de las capacidades personales.

3.8.3. Implicaciones psicopatológicas

La autoestima ha sido asociada con numerosos trastornos psicológicos. Lo más habitual es que se haya encontrado una correlación negativa entre la autoestima y la psicopatología, siendo frecuente en el trastorno depresivo mayor y en diversos trastornos de personalidad, trastornos del aprendizaje o trastornos alimentarios (American Psychological Association, 2013); aunque también se ha encontrado una relación positiva entre una alta autoestima y trastorno narcisista de la personalidad o psicopatía, e incluso una autoestima fluctuante en trastorno bipolar o en el trastorno límite de personalidad (Zeigler-Hill, 2011). En este apartado, examinamos estas cuestiones en mayor profundidad.

Trastornos del estado de ánimo y depresión

La asociación entre la autoestima y la depresión y los trastornos del estado ánimo ha sido ampliamente estudiada. Numerosos estudios han encontrado una asociación negativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva y la ideación suicida tanto en adultos como en jóvenes (Jin y Zhang, 1998; McPherson y Lakey, 1993; Orth et al., 2008; Valentine, 2001). Del mismo modo, una alta autoestima se ha visto como un factor protector frente a la sintomatología depresiva en adolescentes (Takakura et al., 2001).

Como se ha mencionado anteriormente, muchos de los estudios mencionados hasta el momento han sido de naturaleza correlacional lo que ha llevado a plantear dos modelos explicativos diferentes: el modelo de la vulnerabilidad (Beck, 1967; Brown y Harris, 1978) y el modelo de la cicatriz (Coyne y Whiffen, 1995; Coyne et al., 1998; Rohde et al., 1990).

En el modelo de la vulnerabilidad, dentro del enfoque de diátesis-estrés de los trastornos mentales, una baja autoestima provocaría sesgos cognitivos, procesos intrapsicológicos, como por ejemplo la rumiación (Mor y Winquist, 2002; Neff y Vonk, 2009) y estrategias interpersonales desajustadas, intentos de reafirmación por parte de los otros, búsqueda de feedback negativo o mayor sensibilidad al rechazo (Giesler et al., 1996; Joiner et al., 1992; Murray et al., 2000) que favorecerían la aparición y mantenimiento de los trastornos del estado de ánimo como la depresión o la distimia. La otra cara de este mismo modelo es el que propone que una alta autoestima sirve como amortiguador y factor de protección frente a la psicopatología. Sin embargo, las investigaciones hasta el momento han arrojado resultados contradictorios al respecto, con estudios encontrando respaldo para el modelo en estudios correlacionales y longitudinales con adolescentes (Brown, y Harris, 1986; Hoffmann et al., 2003) y otros estudios y revisiones no encontrando que el modelo de la amortiguación funcionara como era de esperar para la depresión (Baumeister et al., 2003; Butler et al., 1994).

El modelo de la herida sugiere que una baja autoestima es una de las consecuencias de sufrir la sintomatología psicopatológica, es decir, el trastorno depresivo y otros trastornos

psicológicos irían erosionando a la persona y dejando cicatrices sobre el autoconcepto y la autoestima de la persona (Burwell y Shirk, 2006; Shahar y Davidson, 2003; Shahar y Henrich, 2010). Los problemas psicopatológicos pueden tener un efecto sobre diferentes procesos cognitivos que atañen a cómo los sujetos se ven a sí mismos (Orth et al., 2008); y al modo de actuar en las relaciones interpersonales. En muchos casos, los trastornos psicológicos van acompañados de un estigma y pueden recibir ataques por parte de su entorno (Blankertz, 2001).

Un metaanálisis de 2013 (Sowislo y Orth, 2013) intentó testar ambas hipótesis estudiando los efectos prospectivos tanto de la autoestima como de la sintomatología depresiva con participantes de todas las edades controlando los niveles previos de ambas variables. Según este estudio, el efecto de la autoestima sobre la depresión fue mayor que el efecto de la sintomatología depresiva sobre la autoestima. En cualquier caso, el porcentaje de la varianza explicado por el modelo fue pequeño, con lo que no se puede descartar que terceras variables puedan explicar tanto la autoestima como la sintomatología depresiva.

Aunque ambos modelos se han explicado como dos opciones posibles, es también probable que ambos modelos sean compatibles. Como tantos otros aspectos del funcionamiento psicológico, las causas y las consecuencias, no son lineales, sino que se retroalimentan y una afecta a la otra y viceversa. Parece probable que tener un trastorno psicopatológico dañe la autoestima, lo que, a su vez, puede suponer un factor de riesgo para desarrollar una nueva psicopatología en el futuro o agravar la ya existente. También cabe la posibilidad de que terceras variables causen ambas (Klein et al., 2012), como por ejemplo el abuso, crecer en familias disfuncionales (Boden et al., 2007), la tendencia a los pensamientos rumiativos y las actitudes disfuncionales (Abela y Skitch, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Spasojević y Alloy, 2001). También algunas investigaciones han asociado altos niveles de autoestima a la fase maniaca del trastorno bipolar (Goodwin y Jamison, 2007; Van der Gucht

et al., 2009), más fluctuaciones e inestabilidad que en sujetos control (S. H. Jones, et al., 2006; Knowles et al., 2007).

El hecho de que tanto una autoestima alta como una autoestima baja guarden relación con diferentes psicopatologías relacionadas con los trastornos del estado de ánimo lleva a plantear la idea de si realmente tener una alta autoestima es en sí mismo saludable o un factor de protección. Algunos investigadores defienden la idea de que probablemente sea el hecho de tener una autoestima segura frente a una autoestima frágil lo que sea un factor de protección frente a los trastornos del estado de ánimo.

Trastornos relacionados con la ansiedad

La relación entre la autoestima y la ansiedad ha recibido menos atención que el caso de la depresión, sin embargo, también una baja autoestima se ha asociado a diversos trastornos de ansiedad (Lee y Fields, 2009; Riketta, 2004). Por ejemplo, en adultos se han encontrado correlaciones negativas con sintomatología ansiosa (Henning et al., 2007), fobia social (Izgit et al., 2004); trastorno obsesivo compulsivo (Wu et al., 2006), trastorno dismórfico corporal (Biby, 1998). También, en muestras no clínicas, se ha encontrado una asociación en la misma dirección). Por ejemplo, en estudios con muestras de adolescentes se ha encontrado que niveles altos de ansiedad se asocian a puntuaciones más bajas del rasgo de ansiedad (Fickova, 1999; Garaigordobil et al., 2003; Newbegin y Owens, 1996). La mayoría de los resultados provienen de estudios correlacionales y transversales y los estudios longitudinales son escasos.

Como ocurre en los otros trastornos, todavía resultan contradictorios los resultados acerca de si una baja autoestima predice los trastornos de ansiedad o si los trastornos de ansiedad causan una baja autoestima. En un estudio de laboratorio, los investigadores pudieron comprobar que aumentos en los niveles de autoestima ejercían un efecto amortiguador frente a estímulos potencialmente ansiógenos (Greenberg et al., 1992). Sin

embargo, según el metaanálisis mencionado anteriormente (Sowislo y Orth, 2013), el modelo encontró que tanto la autoestima era capaz de predecir los niveles de ansiedad, como que la sintomatología ansiosa predecía los niveles de autoestima. Al igual que ha sido comentado para los trastornos del estado de ánimo, los valores predictivos de una variable sobre otra fueron pequeños ($\beta < -0,10$). Por tanto, tampoco es descartable que terceras variables (por ej. actitudes disfuncionales o cuadros depresivos) expliquen ambas variables o que haya una interrelación entre ambas.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios son una patología, en las que existe una fuerte asociación en el imaginario popular entre la delgadez y el éxito personal y social. Son trastornos en los que hay un miedo a engordar como en el caso de la anorexia y suele existir una distorsión sobre la propia imagen corporal. Son por ello, trastornos en los que la autoestima suele estar debilitada o condicionada a una imagen inalcanzable de sí mismos y existe un claro desfase entre la imagen real y la imagen ideal.

Como en los otros cuadros patológicos mencionados anteriormente, en la mayoría de los estudios transversales se ha encontrado una asociación negativa entre la autoestima y trastornos alimentarios. En 2019, Kästner et al. publicaron un metaanálisis en el que incluyeron 68 artículos, cuyas principales conclusiones fueron que las puntuaciones en autoestima global eran significativamente menores en las pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa que en los grupos control. También encontraron que la puntuación de autoestima específica en los dominios escolar o profesional era similar entre las pacientes con anorexia y los sujetos control y superior, en ambos casos, a las pacientes con bulimia (Coric y Murstein, 1993). Además, aquellas personas que basan su autoestima en su figura corporal y también aquellas que lo basan en relaciones íntimas están ante un mayor riesgo de desarrollar bulimia (Crocker y Wolfe, 2001; Geller et al., 2013).

En cuanto al papel de la autoestima en el tratamiento, se encontró que el nivel de autoestima al inicio del tratamiento era un predictor significativo de la mejora clínica. Sin embargo, los cambios en la autoestima durante el tratamiento no predecían el éxito al final del tratamiento ni en el seguimiento.

Aparentemente la mejora en la autoestima es valorada positivamente por los pacientes en el tratamiento (Vanderlinden et al., 2007), sin embargo, los tratamientos dirigidos a trabajar el propio autoconcepto no son tan exitosos (Zeeck y Hartmann, 2005) o incluso pueden resultar iatrogénicos (Gumz et al., 2017). Es probable, que estos cambios sobre la autoestima sean beneficiosos, pero lo son, no al trabajar la autoestima de una manera aislada, sino como resultado de trabajar otras áreas como por ejemplo las relacionadas con competencia o autoeficacia (Gumz et al., 2017).

Por tanto, una baja autoestima es un factor de riesgo para el desarrollo de estas patologías y también un predictor negativo para el éxito del tratamiento con estas pacientes. Sin embargo, la propia intervención sobre la autoestima no se relaciona de manera clara con la mejora tras el tratamiento y, según algunos estudios, desaconsejable.

Trastornos de abuso de sustancias

La literatura existente indica que existe una asociación negativa entre el consumo de alcohol y la autoestima (Patrick y Schulenberg, 2014; Veselska et al., 2009) y que una alta autoestima es un factor protector en mayor grado para el tabaco y la marihuana y también para el alcohol (Richardson et al., 2013). Las puntuaciones altas en autoestima se asocian a mayor percepción del riesgo por consumo de alcohol y menor consumo (Handren et al., 2016). Sin embargo, examinando la cuestión en mayor profundidad, los estudios muestran que en función de en qué basen su autoestima los adolescentes existe un mayor o menor riesgo de desarrollar adicciones. Por ejemplo, aquellos que basan su autoestima en la apariencia física, en la aprobación de los demás, en la evitación del rechazo o en el dinero presentan una mayor

probabilidad de consumir alcohol que aquellos que lo basaban en su productividad, en sus virtudes o en competencia académica (Luhtanen y Crocker, 2005).

Como conclusión, podríamos decir que efectivamente una alta autoestima es un factor de protección frente al desarrollo de abuso o adicciones a sustancias, especialmente cuando dicha autoestima refleja un sentido de autoeficacia y competencia. Sin embargo, no se han encontrado trabajos hasta la fecha en los que programas de prevención que trabajen exclusivamente la autoestima sean eficaces para la prevención del consumo de alcohol u otras sustancias.

Esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por síntomas positivos (por ej., alucinaciones, delirios, etc.) y por síntomas negativos (por ej., anhedonia, tristeza). Una baja autoestima se ha asociado a los síntomas negativos, pero también una alta autoestima se ha asociado a síntomas positivos como los delirios de grandeza tanto transversalmente como longitudinalmente (Moritz et al., 2010). Como se ha visto en otros apartados, de nuevo una alta autoestima no está asociada sistemáticamente con aspectos positivos del funcionamiento psicológico, sino que también depende de cómo está construida esta autoestima o de la estabilidad de dicha autoestima (Thewissen et al., 2007).

Desde el modelo de la herida se entiende que, dado el estigma asociado a la esquizofrenia, los pacientes pueden ver debilitada su autoestima, especialmente entre aquellos que tienen un alto *insight* de la enfermedad y un alto estigma internalizado (Lysaker et al., 2007).

Hasta el momento no hay resultados concluyentes sobre si el modelo de vulnerabilidad o el modelo de la herida encajan mejor para este trastorno. Probablemente, tanto la esquizofrenia como la autoestima tengan una relación bidireccional y también terceras variables puedan influir sobre ambas. En un estudio publicado en 2013 por Selten et

al., concluyeron que la derrota social (*social defeat*), entendida como la experiencia negativa de sentirse excluido de la mayoría de un grupo, era una característica común a diversos tipos de esquizofrenia; ya que puede provocar una sensibilización del sistema mesolímbico dopaminérgico que predispone al desarrollo de la sintomatología esquizofrénica. Con relación al presente trabajo es relevante subrayar cómo el rechazo social y el trauma asociado al bullying puede estar presente como antecedentes tanto en la esquizofrenia como en una baja autoestima.

Trastornos de personalidad

En la literatura revisada, los trastornos de personalidad se han asociado a niveles más bajos de autoestima. Lynum et al. (2008) encontraron que los pacientes con trastorno evitativo y trastorno límite de la personalidad puntuaban más bajo en autoestima que los sujetos sin trastorno de la personalidad. Además, hallaron que las puntuaciones en los pacientes con trastorno evitativo de la personalidad eran significativamente más bajas que en los pacientes con trastorno límite. En estos últimos, se ha encontrado una mayor inestabilidad de la autoestima, lo que es coherente con el cuadro clínico, que se caracteriza por patrones erráticos y extremos de conducta en la relación con otras personas (Hochschild Tolpin et al., 2004). También una baja autoestima se ha visto como un importante predictor de otros trastornos de personalidad como el obsesivo-compulsivo (D. C., Watson, 1998).

También se han encontrado niveles anormalmente altos de autoestima y narcisismo en el caso de la psicopatía (Van der Gucht et al., 2009).

Problemas psicosomáticos

Ya desde el DSM-IV se indicaba que las diferentes condiciones médicas interactúan con otra serie de factores psicológicos, como los síntomas psicológicos o los rasgos de personalidad, pudiendo influir sobre el curso del trastorno. Las investigaciones revisadas apuntan a que bajadas en el nivel de autoestima suelen coincidir con un agravamiento de los

problemas psicosomáticos y con una percepción más intensa del dolor (Varni et al., 1996), más problemas físicos o mayor probabilidad de referir enfermedades (DeLongis et al., 1988; Garrick et al., 1988).

Recursos de afrontamiento y trauma

En el caso de la relación entre la autoestima, el trauma y el afrontamiento ha sido vista desde dos perspectivas, dependiendo de si la autoestima era tratada como variable independiente o dependiente. Es decir, algunos estudios se han centrado en investigar si una buena autoestima puede tener un papel amortiguador y protector al enfrentarse a diferentes problemas o situaciones potencialmente traumáticas; mientras que otros estudios han investigado cómo los acontecimientos traumáticos pueden afectar a la autoestima.

En el primer grupo, siguiendo la hipótesis de la amortiguación, hay estudios que han querido comprobar si una buena autoestima puede predisponer a un mejor afrontamiento de las situaciones estresantes o potencialmente traumáticas (Arndt y Goldenberg, 2002). Murrell et al. (1991) realizaron un estudio longitudinal siguiendo esta hipótesis. Los investigadores encontraron que una baja autoestima predecía los niveles de depresión, pero no que esta autoestima ayudara a amortiguar el impacto de los diferentes estresores. En otro estudio realizado con preadolescentes, encontraron resultados en la misma dirección: una baja autoestima predecía niveles de depresión, más allá del nivel de estrés sufrido (Robinson et al., 1995). Por tanto, los estudios longitudinales examinados no encuentran respaldo para la hipótesis de la amortiguación. Sin embargo, sí se ha encontrado una interacción entre la autoestima, los estilos atribucionales y el ajuste psicológico. Por ejemplo, ante situaciones estresantes, aquellos que tenían una tendencia a autoculpabilizarse, un estilo atribucional pesimista y que además tenían una baja autoestima mostraban una mayor tendencia a la depresión. Es decir, una baja autoestima en sí misma no era un factor que predispusiera a un peor ajuste, sino que lo era mientras estuviera también presente un estilo atribucional

pesimista. Según Baumeister (2003), estos estudios dan apoyo a la idea de que las personas con una alta autoestima muestran altos niveles de bienestar cuando las condiciones de vida son buenas; pero muestran también malestar cuando se enfrentan a situaciones de estrés; mientras que las personas con una baja autoestima experimentarían malestar cuando las cosas les van mal, pero también cuando les van bien.

Robert y Monroe (1992a) encontraron que la sintomatología depresiva aumentaba entre los estudiantes que, antes de los exámenes, presentaban una autoestima inestable y habían obtenido unas calificaciones por debajo de lo deseado.

Como conclusión, la autoestima no parece ejercer un efecto amortiguador frente a la sintomatología depresiva y parece que este efecto amortiguador puede aparecer cuando es combinado con un estilo pesimista o de autoculparse al procesar la información.

Desde el segundo enfoque, también se ha estudiado como diferentes eventos pueden tener un efecto en los niveles de autoestima o en la característica de esta autoestima. Esto parece ser especialmente relevante durante la adolescencia; ya que es un periodo de la vida especialmente sensible a la influencia externa y en el que se construye en gran parte la identidad y la personalidad. Las investigaciones realizadas han encontrado que acontecimientos potencialmente traumáticos como el bullying, la negligencia o el abuso físico o sexual pueden producir mermas en la salud mental y también en la autoestima (Bailey y Ricciardelli, 2010; Chan et al., 2011; Fox y Farrow, 2009; Gendron et al., 2011; Isaacs et al., 2008; Lodge y Feldman, 2007; McMahon et al., 2010; Seals y Young, 2003; Turner et al., 2010). Además, en una muestra de adolescentes españoles se pudo comprobar que los efectos de la polivictimización sobre la autoestima pueden ser más severos que los sufridos por una sola forma de victimización (Soler et al., 2012).

3.9. Aspectos interpersonales de la autoestima

Hasta el momento se han revisado las asociaciones de la autoestima con diversas variables. La mayoría de los estudios revisados están basados en medidas autoinformadas, donde los propios participantes contestan a cómo son sus niveles de autoestima y cómo valoran su funcionamiento en otra serie de variables (bienestar, ajuste psicológico, síntomas psicopatológicos, etc.). Hasta el momento, se puede concluir que, con ciertos matices, una autoestima alta y segura se asocia con aspectos positivos del funcionamiento; y una autoestima baja con aspectos negativos. Sin embargo, estudiar los aspectos interpersonales de la autoestima abre una interesante pregunta, “tener una alta autoestima es bueno para mí, pero ¿es bueno para los demás?”

En principio, las personas que tienen una alta autoestima suelen indicar que son más populares (Battistich et al., 1993), consideran en mayor grado que sus relaciones son de buena calidad en comparación con las personas con una baja autoestima e informan de que se llevan bien con sus compañeros de trabajo (Frone, 2000; Keefe y Berndt, 1996). En la misma línea las personas con una baja autoestima tienden a mostrar una versión más pesimista sobre sus interacciones sociales entendiéndolas como más negativas y declaran contar con menor apoyo social (Lakey et al., 1994).

No obstante, cuando se ha investigado esta cuestión a través de evaluaciones heteroinformadas las investigaciones no encuentran resultados que respalden lo encontrado en medidas autoinformadas. Por ejemplo, Glendinning e Inglis (1999) clasificaron, en base a medidas autoinformadas, a los alumnos en 4 grupos: populares, convencionales, aislados y problemáticos. Encontraron que aquellos con baja autoestima eran más comunes entre los aislados y los problemáticos. Sin embargo, Bishop e Inderbitzen (1995) realizaron un estudio sociométrico con 542 niños de 9 y 10 años. Después, en función de las respuestas de sus compañeros, los agruparon en populares, medios, controvertidos, ignorados y rechazados. En ningún caso encontraron diferencias significativas en autoestima dependiendo de los perfiles,

pero sí encontraron que aquellos alumnos que no obtenían elecciones recíprocas de preferencia por parte de sus compañeros mostraban menores niveles de autoestima.

En la misma línea Buhrmester et al. (1988) realizaron un estudio donde les preguntaban a las personas sobre su autoestima y su comportamiento. Las personas con una alta autoestima se consideraban mejores a la hora de iniciar relaciones sociales, más dados a abrirse sobre sí mismos, mejores a la hora de proveer apoyo emocional y mejores a la hora de resolver conflictos interpersonales. Sin embargo, cuando se les preguntaban por las mismas cosas a sus compañeros de cuarto, los resultados eran totalmente diferentes. En cuatro de las cinco habilidades examinadas, la correlación entre la opinión propia y la del compañero de habitación estaba entre 0,01 y 0,15. En la que sí hubo una correlación mayor fue en iniciar relaciones e interacciones.

De tal manera que, en estudios correlacionales, tener una alta autoestima está asociado a tomar la iniciativa en interacciones sociales, pero no está asociado de manera objetiva con ningún otro aspecto del funcionamiento interpersonal cuando éste es evaluado mediante heteroinforme.

Conclusiones extraídas en estudios de laboratorio

Las características interpersonales de la autoestima también han sido examinadas en situaciones de laboratorio. En un estudio de Brockner y Lloyd (1986) provocaron una interacción entre dos personas de distinto sexo. En esta interacción, las dos personas hablaban durante aproximadamente 10 minutos y luego se les pedía que se evaluaran mutuamente en cuánto le había gustado la otra persona. Las personas con alta autoestima estimaron que los desconocidos les habrían puntuado más alto que los que tenían baja autoestima, sin embargo, no hubo diferencias en las puntuaciones reales de las parejas con las que interactuaron. Según este estudio, tener una alta autoestima se asocia a considerarse más atractivo/interesante o ser digno de aprecio; pero esta percepción subjetiva no se corresponde con las puntuaciones

reales. Campbell y Fehr (1990) realizaron un estudio similar, solo que, en este caso, además de la opinión de la pareja con la que interactuaban, incluían la opinión de un observador externo que también puntuaba a los participantes. En este caso, las personas con una baja autoestima predecían con mayor exactitud cómo iban a ser las puntuaciones del observador que las personas con una alta autoestima.

Heatherton y Vohs (2000) quisieron comprobar si estas interacciones personales podían verse afectadas por el nivel de autoestima y también si inducciones experimentales que podían amenazar al ego, afectaban al modo en que las personas con una alta o baja autoestima eran percibidas por los demás. En la situación de “ego amenazado” los participantes realizaban una tarea relacionada con la capacidad semántica, se les daba poco tiempo, se les mencionaba que el rendimiento en esa tarea era clave en relación a la capacidad para aprender y se les daba un feedback negativo. Después, los sujetos eran expuestos a una interacción en parejas con un set de preguntas desarrollado para adquirir intimidad (Sedikides et al., 1998) y después se evaluaban mutuamente. En este estudio, los participantes con una alta autoestima que habían participado en la situación experimental que había sido entendida como amenazante para el ego, obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en aprecio. Esto parece ser debido a que a estos participantes se les percibe como más antagónicos y hostiles como los mismos autores pudieron comprobar en un estudio posterior (Heatherton y Vohs, 2000). Esto probablemente también se deba a que a las personas no les suelen gustar aquellos que tienden a autoensalzarse (Bonanno et al., 2002).

Comportamiento en grupo y liderazgo

En cuanto al funcionamiento en grupo y el liderazgo, LePine y Van Dyne (1998) encontraron que existía una relación entre una mayor autoestima y una mayor disposición a hablar y expresar su opinión en entornos laborales o a mostrar su disconformidad con la opinión del grupo. Paulhus (1998) encontró en un estudio correlacional que, entre estudiantes

de universidad, existía una asociación entre realizar participaciones más relevantes en los grupos y una alta autoestima. Y también parece claro que individuos que muestran una autoestima alta tienen una mayor confianza a la hora de interactuar en grupo; y que individuos con una autoestima baja interactúan en grupo, prioritariamente, cuando perciben que van a ser aceptados (Anthony et al., 2007).

En cuanto al liderazgo, Chemers et al. (2000), en un estudio con cadetes militares, encontraron que la autoestima correlacionó con una buena opinión por parte de los iguales, de los instructores y una buena competencia en los ejercicios, sin embargo, la capacidad de liderazgo no se asoció con autoestima sino con la autoeficacia percibida en el liderazgo.

Por tanto, con los estudios examinados en este apartado podemos decir que la autoestima se asocia a una mayor seguridad en las interacciones sociales que les lleva por ejemplo a participar más activamente. Sin embargo, en las otras variables no se puede concluir con claridad si una buena situación interpersonal lleva a tener una mejor autoestima o si una buena autoestima realmente lleva a una mejor ejecución interpersonal.

Relaciones de pareja y amor romántico

En cuanto a la asociación entre la autoestima y las relaciones de pareja, Shackelford (2001) encontró que las parejas mostraban niveles parecidos de autoestima y sobre todo correlacionaban bastante alto en autoestima basada en atractivo físico. Las mujeres se quejaban más de los maridos con baja autoestima y los señalaban como celosos, posesivos, desconsiderados, tendentes al abuso de alcohol y reprimidos emocionalmente. En el caso de las mujeres, el mayor predictor de baja autoestima de las mujeres eran las críticas de sus maridos a su aspecto físico. En este sentido, en general, se ha encontrado una asociación entre una baja autoestima y varios indicadores de desajuste en la pareja. Por ejemplo, las personas con baja autoestima tienden a acabar con una relación con mayor rapidez (Hendrick y Adler,

1988), muestran un apego más inseguro y son más tendentes a comportamientos destructivos y a mostrar una mayor confianza en la pareja (Murray et al., 2002).

Sin embargo, una alta autoestima también se ha asociado a otros problemas. Por ejemplo, Rusbult et al. (1987) identificaron que, ante una serie de acontecimientos/conflictos hipotéticos, las personas con alta autoestima tenderían a abandonar la relación y a buscar con mayor frecuencia a otras parejas, lo que, en último término provocaría un debilitamiento de la relación.

En un metaanálisis publicado en 2019 (Cameron y Granger, 2019) no se encontró ninguna asociación entre la autoestima y la estabilidad de las relaciones. Probablemente, otras variables que interactúan con la autoestima pueden explicar la aparente contradicción en este sentido.

Relación con prejuicios

Ya que, en la mayoría de los casos en el mundo occidental, la autoestima se ve afectada por la comparación social (Harter, 1990, 1993, 2006) y las personas buscan salir reforzadas en estas comparaciones sociales, no es descabellado pensar que los prejuicios, en muchos casos, pueden estar al servicio de esta necesidad de autoensalzamiento. Por prejuicio se entiende una actitud negativa o respuesta evaluativa hacia un grupo o individuo basado en su grupo de pertenencia (Allport et al., 1954). Se considera por tanto un juicio que se emite antes de conocer a la persona. Las investigaciones examinadas indican que las opiniones estereotipadas de otros grupos pueden asociarse con subidas en la autoestima (Fein y Spencer, 1997). Crocker et al. (1987) encontraron que las personas con baja autoestima tienden a puntuar de manera más negativa tanto a personas del endogrupo como personas del exogrupo, pero se encontró que el prejuicio era mayor entre personas con alta autoestima que entre personas con baja autoestima. Aberson et al. (2000) encontraron que las personas con

alta autoestima tienden a puntuar al exogrupo de una manera más positiva que al endogrupo, mientras que las personas con baja autoestima no muestran estas diferencias tan marcadas.

Uno de los problemas de los prejuicios es que construye imágenes hostiles hacia otros grupos, las cuales hacen más fáciles justificar la violencia y el ostracismo, tal y como ocurre en el problema del bullying. Es relevante, por tanto, investigar si el autoensalzamiento de unos puede tener que ver con problemas de comportamiento en los otros.

3.9.1. Relación entre autoestima y agresión, violencia y bullying

Durante mucho tiempo se tuvo la visión de que una baja autoestima o una autoestima frágil estaba en la base del comportamiento violento y antisocial de muchas personas tanto desde perspectivas psicodinámicas (Gilligan, 1996) como cognitivas (Brigh, 2009). Por así decirlo, se creía que la violencia y el comportamiento disruptivo servían para cubrir una autoestima débil. Esta visión estaba basada en impresiones clínicas y en pocos estudios empíricos. En un metaanálisis que examinó esta cuestión en profundidad Walker y Bright (2009) encontraron que la relación entre autoestima y violencia había arrojado resultados contradictorios, encontrando asociaciones positivas, negativas y curvilíneas. Además, este metaanálisis solo incluyó medidas autoinformadas o medidas informadas por padres y profesores. En un interesante estudio sobre la relación entre autoestima y violencia en la pareja, Taft et al. (2001) investigaron los efectos de un tratamiento basado en la mejora de la autoestima. Encontraron que, cuando los participantes respondían a los cuestionarios, se observaba que aumentos en la autoestima estaban relacionados con menores niveles de agresión. Sin embargo, esta asociación no se encontraba cuando las mujeres respondían a los cuestionarios, es decir, un aumento de la autoestima se asociaba con declarar menos agresiones, pero no con no realizarlas. De hecho, un aumento de la autoestima tras terapia estuvo asociado con un incremento de las agresiones informadas por parte de las mujeres.

En el caso del bullying, ya Olweus (1990, 1994) puso en duda esta “visión de la coraza” asegurando que, en muchos casos, los agresores se sienten seguros y cómodos en su rol, aunque no midió la autoestima propiamente. Las investigaciones sobre las asociaciones entre el ajuste psicológico de los agresores han aportado, por tanto, resultados contradictorios. Algunos resultados apuntan a que los agresores muestran diversos problemas psicológicos como sintomatología depresiva (Moore et al., 2014), insatisfacción con la vida (MacDonald et al., 2005) y una mayor probabilidad de tener intentos autolíticos (Hinduja y Patchin, 2019). Sin embargo, otros estudios no han encontrado que los agresores muestren más sintomatología ansiosa o depresiva que los no implicados (Kowalski y Limber, 2013) o que tengan un déficit en inteligencia social (Salmivalli et al., 1999). Además, pueden tener un buen concepto de sí mismos, una autoestima alta, al menos igual a los no implicados, y superior a las víctimas (Cerezo, 2009), un buen estatus y, en muchos casos, reciben admiración por parte del grupo que les hace sentir bien (Rigby y Slee, 1991).

Tras estos estudios muchos investigadores se han preguntado cómo es la autoestima de los implicados en el bullying. Rigby y Slee (1993) no encontraron correlación entre bullying ejercido y autoestima. Salmivalli et al. (1999) con una muestra de 300 adolescentes con edades entre los 14 y los 15 años, encontraron que aquellos que mostraron las puntuaciones más altas en alta autoestima defensiva fueron señalados por sus compañeros con más frecuencia como bullies. Esta alta autoestima defensiva estaba también presente en los secuaces. Los prosociales mostraron una alta autoestima genuina en relación a los otros grupos, lo que encaja con resultados de otros estudios (Calvo et al., 2001). Personas con una alta autoestima, en general, parece que están más dispuestas a actuar; ya sea para lo bueno o para lo malo. Pero aquellos que tienen una autoestima defensiva lo hacen más para atacar a otros; y aquellos que tienen una autoestima genuina para defender a otros; lo que resulta lógico desde el punto de vista teórico ya que la autoestima genuina está conectada con los valores de uno.

Algunos autores proponen que probablemente sea el narcisismo lo que está más asociado con mayores niveles de agresividad, especialmente cuando se sienten atacados (Bushman y Baumeister, 1998; Stucke, 2002). Aunque es cierto que existen ciertos marcadores que pueden ayudar a distinguir ambos tipos de autoestima, resulta metodológicamente complicado aclararlo (Bosson, 2006; Crocker y Wolfe, 2001; C. H. Jordan, et al., 2003; Kernis y Paradise, 2002).

Otros autores sugieren que las contradicciones encontradas en este aspecto se deben al uso de medidas unidimensionales de la autoestima, en vez de medidas multidimensionales. En estas últimas medidas se ha encontrado, por ejemplo, que los no implicados tenderían a mostrar una más alta autoestima familiar y escolar que los agresores, pero que no habría diferencias en las autoestimas social y emocional (Estévez López et al., 2006).

Como conclusión podemos decir que los resultados existentes en la investigación hasta el momento resultan contradictorios. En principio, parece que existe una tendencia a que personas que declaran tener una alta autoestima, reconocen con más dificultad sus propias agresiones; y tampoco descarta que una baja autoestima esté asociada con una mayor probabilidad de llevar a cabo agresiones. Por tanto, se hace relevante el empleo de medidas tanto autoinformadas como heteroinformadas que ayuden a aclarar estos temas.

3.10. Intervenciones para mejorar la autoestima

Las secciones de autoayuda de las librerías están repletas de libros con consejos, pautas y recetas para mejorar la autoestima; sin embargo, son menos los programas que han publicado resultados sobre la efectividad de intervenciones dirigidas específicamente a elevar la autoestima.

Otras terapias se centran en reducir la atención hacia uno mismo y hacia su propia valía muy característica de las personas con depresión. De hecho, esa baja autoestima, la

respuesta rumiativa y un excesivo foco en uno mismo predicen una mala respuesta al tratamiento comportamental (Ciesla y Roberts, 2002).

Algunos programas mencionan el trabajo de la autoestima como clave, aunque después son propuestas multicomponente donde se trabajan otros aspectos como las distorsiones cognitivas y la autocompasión (McKay et al., 1992), la resistencia al cambio y el desarrollo de habilidades (Mruk, 2006).

Otros autores defienden que, en el trabajo clínico, más allá de elevar de por sí la autoestima, es necesario atender a los aspectos de cada paciente relacionados con la autoestima; es decir, hay pacientes cuya autoestima inestable se debe a un narcisismo por el cual prestan atención constantemente a sus propias autoevaluaciones; mientras que otros pacientes pueden tener una visión excesivamente pesimista de sus propias capacidades (Greenier et al., 1995). Además, la verbalización de esta baja autoestima o sus comportamientos asociados pueden ser reforzados por el entorno (Lewinsohn et al., 1985), en cuyo caso será más importante trabajar para cambiar las contingencias del comportamiento y en aumentar el nivel de actividad que simplemente aumentar la autoestima.

Las terapias de tercera generación se enfocan en la aceptación de los aspectos personales que a uno le disgustan en vez de luchar por evitarlos o cambiarlos (Hayes et al., 1999; Linehan, 1993; Segal et al., 2002).

En cualquier caso, todavía no está claro que elevar la autoestima de un modo sostenible sea posible; y tampoco cuál es el impacto de trabajar la autoestima directamente en el contexto clínico para mejorar diferentes condiciones psicopatológicas (Roberts, 2006). Además, algunos autores sugieren que las intervenciones para mejorar la autoestima pueden también tener efectos iatrogénicos como potenciar una autoestima frágil o incrementar los niveles de narcisismo (Baumeister et al., 1996).

3.11. Críticas al concepto de autoestima

Como conclusión de la revisión teórica de la autoestima se podría decir que la autoestima es una excelente variable predictora de muchas otras variables relacionadas con el bienestar o con la psicopatología, sin embargo, el concepto deja algunas dudas y ha sido sometido a críticas (Damon, 1995; Foxx y Roland, 2005).

En primer lugar, la relación encontrada entre la autoestima y otras variables de bienestar y psicopatológicas se ha basado principalmente en estudios transversales y correlacionales, con lo que no se puede concluir con claridad si una es causa de la otra o viceversa o si incluso terceras variables como las distorsiones cognitivas, la visión pesimista del mundo y de los otros pueden explicar la relación entre ambas. Esto ha llevado a una tendencia en la práctica psicológica (clínica, educativa, laboral, etc.) a elevar los niveles de autoestima con el objetivo de producir un cambio en las variables psicopatológicas y de bienestar, sin haber encontrado datos claros de que esto funcione.

En segundo lugar, tanto tener una baja autoestima como una alta autoestima puede estar asociado con diversos problemas psicológicos. En el primer caso, como ha sido revisado en este apartado, se ha encontrado una asociación entre baja autoestima, depresión, etc., pero también una alta autoestima se ha asociado a otros problemas como el narcisismo o la psicopatía, estrategias defensivas, autodecepción, escaso autoconocimiento (Sedikides, 1993), violencia y bullying (Salmivalli et al., 1999), hostilidad interpersonal (Baumeister et al., 1996), prejuicios hacia otros grupos (Aberson et al., 2000), baja preocupación por los demás, egocentrismo o narcisismo (Baumeister et al., 2000). Además, también se ha visto que las personas con una alta autoestima pueden mostrar mayores niveles de agresividad cuando esta autoestima se ve amenazada. Por tanto, elevar artificialmente los niveles de autoestima puede producir efectos contrarios o iatrogénicos. Según la teoría de la identidad social (Abrams y Hogg, 1990) y la teoría de la autoafirmación (Steele, 1988), mantener la autoestima es una motivación en sí misma y las personas

pueden verse implicadas en numerosos comportamientos disfuncionales para mantener dicha autoestima (Kaplan y Kaplan, 1980; Leary, 1999; Mecca et al., 1989).

En tercer lugar, se ha podido comprobar que, incluso entre aquellos que refieren tener una autoestima saludable y poco dependiente de los demás, sus niveles de autoestima están íntimamente relacionados con el feedback interpersonal, tal y como ha sugerido la teoría sociométrica. De hecho, cabría preguntarse si una autoestima absolutamente genuina y estable es realmente saludable; ya que se caracteriza por no ser contingente a la opinión de los demás. Si bien esto puede ser saludable en algunas ocasiones, también puede llevar a mantener comportamientos que son nocivos para el funcionamiento social. También la autoestima, en la mayoría de la población, está basada en la comparación social y en situarse por encima de la media (Heine et al., 2000). Lógicamente es imposible que todo el mundo esté por encima de la media, por tanto, cuando esto no es cierto, el esfuerzo por mantener la autoestima a flote coge dos caminos, o bien se infla artificialmente la valía de uno mismo o se minusvalora la valía de los demás (Amabile y Glazebrook, 1982; Tice, 1991). Si se opta por lo primero, se corre el riesgo de ser poco consciente de los aspectos que uno debe mejorar o aceptar. Si se opta por lo segundo, se puede caer en el prejuicio y la hostilidad hacia los demás.

En cuarto lugar, siguiendo la teoría sociométrica, la autoestima es un indicador desarrollado a través de la evolución para evaluar nuestro nivel de aceptación por parte de figuras relevantes. Este mecanismo habría sido desarrollado evolutivamente a partir de la interacción con otros individuos en grupos reducidos y repetidos de interacción. Sin embargo, hoy en día, con el aumento de la exposición pública y al juicio de los demás (por ej., uso de las redes sociales), la presión social para ser aceptado por otros se ha hecho inmanejable para un mecanismo primitivo. Encontrar nuevas herramientas que ayuden a las personas para lidiar con el rechazo y con este *mismatch* evolutivo parece realmente importante en este momento histórico y social.

Por último, los programas para trabajar la autoestima o bien no han tenido éxito trabajando la autoestima en sí, o trabajar la autoestima ha tenido efectos iatrogénicos (por ej., dar un feedback artificialmente falso) o en realidad se ha tratado de intervenciones multicomponente que trabajan otros aspectos en vez de la autoestima (implicación de las familias en la educación de los hijos, distorsiones cognitivas, etc.). Por tanto, parece necesario tener herramientas para relacionarse con uno mismo no solo cuando las cosas van bien, sino cuando tenemos que enfrentarnos a momentos de sufrimiento, o ante momentos en los que tenemos que lidiar con nuestros defectos e imperfecciones, que, en realidad, es la mayoría del tiempo. Además, las intervenciones para trabajar la autoestima están centradas en aspectos principalmente cognitivos, pero existen menos herramientas para trabajar ese componente afectivo o de aceptación hacia uno mismo.

También desde orientaciones más teóricas, grandes figuras de la psicología como Rogers, Ellis, Seligman han cuestionado el concepto de autoestima, o el modo en que las personas luchan por mantenerla o el modo en que se ha hecho uso de ella. O bien porque esa motivación para mantener la autoestima tiene consecuencias negativas, o bien porque mantener una alta autoestima, cuando nos hemos confundido, quizás no sea lo más acertado. El propio Seligman (1995) ya señaló en su libro *"The optimistic Child"* que los programas de autoestima trataban fundamentalmente el sentirse bien, más que construir competencias, lo que podía impedir recibir críticas debido al miedo a dañar la autoestima. Si bien una baja autoestima puede implicar tener ciertos problemas psicológicos, no está claro que aumentar el nivel de autoestima sea tan beneficioso como se podría creer.

En resumen, el concepto de autoestima es indudablemente un buen predictor de muchos otros comportamientos y variables, sin embargo, deja dudas sobre si responde a un modo saludable de relacionarnos con nosotros mismos y con los demás. Fruto en parte de esta insatisfacción con el concepto, surgió el estudio en la psicología occidental de la

autocompasión que, si bien no surgió para sustituir el concepto de autoestima sí ofrecía un modo más saludable de relacionarnos con nosotros mismos, especialmente ante momentos de dificultad (Neff y Vonk, 2009).

4. BULLYING O ACOSO ENTRE IGUALES

4.1. Definición de acoso

La preocupación por el bullying ha ido aumentando con los años. En España, el caso Jokin, alarmó a la opinión pública y despertó la preocupación por este problema entre la población general y las instituciones. El bullying, tiende a saltar a los medios cuando existen imágenes de palizas o humillaciones o con el triste goteo de los chicos o chicas que se suicidan tras sufrir un acoso reiterado y cruel por parte de sus compañeros. En Estados Unidos, además de por las víctimas, la preocupación con la temática surgió a raíz de los tiroteos en los colegios, tras los que las investigaciones posteriores revelaron que los tiradores habían estado expuestos de manera frecuente al rechazo, las burlas y las humillaciones por parte de sus compañeros (Kowalski et al., 2003; Vossekuil et al., 2000).

El maltrato o la violencia ejercida entre iguales ha existido desde siempre, sin embargo, no fue hasta la década de los setenta que Olweus (1973, 1993) la dotó de un término concreto: bullying. Un alumno o menor está sufriendo bullying cuando de forma frecuente y durante un periodo de tiempo largo, está expuesto a las acciones negativas llevadas a cabo por otro estudiante o grupo de estudiantes que se encuentran en una situación de poder sobre la víctima, es decir, una situación ante la cual la víctima no puede, o encuentra muy difícil, defenderse por sí misma. Esta posición de poder puede ser otorgada a los agresores por diversas razones: realizar las acciones negativas en grupo, tener un mejor dominio del idioma, actuar con mayor crueldad, ser más fuerte físicamente, llevar más tiempo en el centro educativo y estar más integrado o por dificultades que pueda presentar la víctima como podría ser un defecto físico, mental, una minusvalía, un trastorno del desarrollo (por ej., Autismo) o un peor manejo del idioma. Entenderíamos por acción negativa cuando una persona inflige a propósito un daño o malestar a otras personas a través de agresiones físicas, verbales o sociales.

Tras la definición de Olweus surgieron también otros autores que propusieron otras formas de caracterizar el bullying. Farrington (1993) se refirió al bullying como una opresión, psicológica o física, de una persona con poder sobre otra que no lo tiene. Sharp y Smith (2002) lo definieron como una forma de abuso sistemática basada en el desequilibrio de poder. En nuestro país, Ortega y Mora-Merchán (1997) indican que existe bullying cuando “un individuo impone su fuerza, su poder y su estatus en contra de otro, de forma tal que lo dañe, lo maltrata o abusa de él física o psicológicamente, directa o indirectamente, siendo la víctima inocente de cualquier argumento o justificación que el violento aporta de forma cínica o exculpatoria” (p.12). Esta última definición hace énfasis en que el maltrato puede ocurrir de diversas maneras y que nunca es justificable.

Avilés ha trabajado ampliamente sobre el tema desde lo académico y como profesor y orientador de instituto. Él lo define como la intimidación y maltrato entre escolares que ocurre de forma repetida y mantenida en el tiempo, siempre lejos de la mirada de los adultos, con la intención de humillar y someter abusivamente a una víctima indefensa por parte de un abusón o grupo de matones a través de agresiones físicas, verbales y/o sociales con resultados de victimización psicológica y rechazo grupal (Avilés et al., 2011). Esta definición añade dos componentes relevantes a la hora de trabajar en los centros educativos. Por un lado, advierte que suele ocurrir a espaldas de los adultos y que, si esté maltrato ocurre delante de los adultos es que lleva mucho tiempo sucediendo y se ha normalizado completamente; y, por otro lado, que suele implicar el rechazo grupal.

Aunque existan matices entre las definiciones de los diferentes autores, hay cierto consenso respecto a las condiciones que deben existir para que un comportamiento o serie de comportamientos adquieran la categoría de bullying:

- La conducta o conductas violentas se producen con periodicidad y son mantenidas en el tiempo.
- Existe intencionalidad de hacer daño y crueldad por parte de los agresores.

- Existe un desequilibrio de poder en el que hay una víctima indefensa o persona acosada que tiene dificultad para defenderse por sí misma.

Por tanto, cuando hablamos de bullying no estamos hablando de una pelea puntual, un robo, juego turbulento, abuso sexual o cuando hay falta de disciplina.

Cabría aclarar que, en castellano, el término bullying ha sido traducido frecuentemente por el término acoso escolar, aunque esta no sea probablemente la traducción más adecuada. No lo es porque, en primer lugar, lleva a pensar que este tipo de comportamientos ocurren exclusivamente en la escuela cuando lo cierto es que el bullying ocurre también en otros contextos como actividades deportivas, campamentos y otros lugares de encuentro donde se producen interacciones frecuentes entre los menores (canchas, urbanizaciones, excursiones, etc.). En segundo lugar, el término acoso escolar induce a pensar que es un problema de responsabilidad exclusiva de la escuela, cuando en realidad es un problema cuya responsabilidad y solución también pasa por la implicación de las familias y la sociedad en general (Holt et al., 2013; Swearer et al., 2006).

4.2. Formas que adquiere el acoso

Como se ha descrito en el anterior apartado, algunas de las definiciones de acoso aclaran que éste puede ser realizado a través de agresiones físicas, verbales o sociales, también llamadas relacionales. También existen las agresiones haciendo uso de internet y redes sociales que serán comentadas en el siguiente apartado.

Las agresiones físicas incluyen golpes, cortes, zancadillas, ahogamiento, encierro en lugares (por ej., baños), daño del material, etc. (Olweus, 1991). Son las agresiones que suelen dejar secuelas más evidentes (cortes, moratones, rasguños, etc.) y las que reciben más atención por parte del profesorado, las familias y los iguales (Janson et al., 2009). Las agresiones verbales intentan dañar y ridiculizar al otro a través de insultos descalificaciones, motes ofensivos o amenazas (Björkqvist, Lagerspetz et al., 1992; Wang et al., 2009).

La violencia social tiene como objetivo minar el estatus de la víctima, dañar su imagen pública y provocar su aislamiento. Esto se realiza a través de la exclusión activa en juegos y actividades de clase o de la difusión de rumores (Crick y Grotpeter, 1995; Grotpeter y Crick, 1996). La violencia social suele ser más difícilmente identificable, se considera menos grave, y es menos probable que reciban atención por parte de los adultos (Bauman y Del Rio, 2006; Rigby, 2000).

Otra posible clasificación de las agresiones es si estas son directas o indirectas. Las agresiones directas son aquellas abiertamente dirigidas hacia la víctima e incluyen agresiones físicas, verbales o incluso sexuales (Björkqvist, Österman et al., 1992). La violencia relacional sería equivalente a la violencia social en la que se busca dañar el estatus y lograr el ostracismo de la víctima.

4.2.1. Cyberbullying

Con el acceso generalizado a internet, el extendido uso de los teléfonos móviles por parte de los menores, las tecnologías de la información y la participación en las redes sociales comenzó a surgir un hostigamiento o abuso que utilizaba esta tecnología para dañar a la víctima. Surgió entonces el término cyberbullying que Smith definió como un acto agresivo e intencionado llevado a cabo de manera repetida y constante a lo largo del tiempo, mediante el uso de formas de contacto electrónicas por parte de un individuo contra una víctima que no puede defenderse fácilmente (Slonje y Smith, 2008). El cyberbullying puede ejercerse de diversas formas que dependen de la creatividad y malignidad de los agresores: subir una imagen comprometida o que causa vergüenza a las redes sociales sin la autorización de la persona, grabar y publicar vídeos de las agresiones físicas, las humillaciones o las palizas (*happy slapping*), crear perfiles falsos que se utilizan para meterse con una persona, suplantar la identidad en una red social, registrarse con su nombre en listas de correos para que reciba spam o mensajes de desconocidos, provocarle para sacarle de una red social, difundir rumores

o marginar o expulsar de grupos en los que están el resto de miembros de una clase (Diamanduros et al., 2008; Finn, 2004; Raskauskas y Stoltz, 2007; P. K. Smith, , 2009).

Tanto el acoso *offline* como el acoso *online* coinciden en que son conductas violentas donde se realizan agresiones premeditadas con la intención de dañar a la víctima. Las condiciones de repetición y desigualdad de poder han sido cuestionadas por algunos autores como necesarias para hablar de cyberbullying (Dooley et al., 2009; Runions et al., 2012; Ybarra et al., 2012). Esto es debido a que, por ejemplo, subir una imagen comprometida a la red puede ocurrir una sola vez, pero su daño continúa en el tiempo. También resulta más complicado determinar cuando existe realmente un desequilibrio de poder, que en el caso del bullying *offline* es más fácil de determinar.

Aunque sí que es cierto que ambos tipos de acoso guardan diferencias, es importante aclarar que los estudios revelan que el acoso *online* y *offline* tienen índices de correlación muy altos lo que es relevante para los programas de prevención e intervención (Kwan y Skoric, 2013).

4.3. Prevalencia y formas de medir el acoso

Estimar la prevalencia del acoso puede ser muy útil ya que permite entender la magnitud del problema y comprobar el efecto que tienen las medidas de intervención y prevención. Sin embargo, los números en la prevalencia del acoso varían enormemente entre estudios y esto depende de varios aspectos que se indican a continuación.

En primer lugar, la definición empleada. La definición de Olweus, comentada anteriormente es la más aceptada por la literatura y es la utilizada por más investigadores. Como se ha comentado anteriormente, esta definición requiere frecuencia, que las acciones sean mantenidas en el tiempo y un desequilibrio de poder. Los autores que se basan en Olweus generalmente optan por presentar una definición inicial de bullying y a continuación preguntan por la frecuencia con la que el alumno está sufriendo o ejerciendo ese tipo de

comportamientos (Sharp y Smith, 2002; Solberg y Olweus, 2003). Estos autores consideran que un alumno sufre bullying cuando esa frecuencia es igual a 2 o 3 veces en el último mes (Solberg y Olweus, 2003). Otros autores optan por realizar cuestionarios o inventarios de conductas sufridas y realizadas y, en función de eso, estiman puntos de corte, más o menos arbitrarios, para estimar lo que es el acoso (Bosworth et al., 1999; Garaigordobil y Fernández-Tomé, 2011; Hansen et al., 2012; Klomek et al., 2008; Orpinas y Frankowski, 2001; Orpinas et al., 2003; Parada, 2000; Solberg y Olweus, 2003). Estos datos suelen ser difíciles de reproducir en nuevas investigaciones. Además, estos cuestionarios pueden identificar con facilidad a alumnos que entran con más facilidad a peleas, que tienen más conflictos o que juegan de un modo más turbulento sin necesariamente cumplir los requisitos de desequilibrio de poder o crueldad en las agresiones. Lógicamente, el empleo de una u otra estrategia implica resultados diferentes en cuanto a la prevalencia del acoso.

En segundo lugar, la referencia de tiempo dada. Existen estudios que se refieren a agresiones en el último mes, en los últimos dos meses o en el último año o en el tiempo en el colegio, lo que también afecta a las prevalencias encontradas (Branson y Cornell, 2009; Solberg y Olweus, 2003; Swearer et al., 2010).

En tercer lugar, el informante. Los cuestionarios empleados en la investigación pueden ser autoinformados o heteroinformados. En el primer caso, el propio alumno informa de las conductas que sufre o ejerce. En el segundo caso, los compañeros, el profesorado o las familias informan sobre las conductas de los alumnos. Los autoinformes pueden ser completados de manera anónima, confidencial o pública, pero, en cualquier caso, pueden estar sujetos a sesgos y factores que afectan a los resultados encontrados: miedo a la hora de contestar, deseabilidad social o temor a las consecuencias. Las medidas heteroinformadas suelen realizarse o bien preguntando a través de la nominación de los iguales, o bien a través de sistemas de ranking, en los que se ofrecen a los alumnos la lista de los compañeros de clase

y los alumnos puntúan en una serie de características a sus compañeros. Tanto en el sistema de nominación o ranking, lo más común es estandarizar las puntuaciones por clase y establecer los puntos de corte a partir de una desviación típica o 0,75 desviaciones típicas sobre o bajo la media para identificar a posibles víctimas o agresors (Solberg y Olweus, 2003). También las medidas heteroinformadas están sujetas a problemas metodológicos como por ejemplo el establecimiento del punto de corte para determinar quién es víctima o agresor, que se suele establecer según un criterio más o menos arbitrario decidido por el investigador. Otro problema es el uso de escalas compuestas o que camuflan aspectos importantes del acoso. Un último problema es la estandarización por clase que obvia las diferencias en conflictividad entre clases o entre centros educativos.

Por todo lo mencionado, si bien el heteroinforme puede ser problemático para estimar la prevalencia o realizar estudios comparativos, son muy útiles en la investigación para contrarrestar algunos de los problemas de los autoinformes y también, en la práctica, para detectar con mayor precisión posibles situaciones de acoso que escapan a las medidas autoinformadas. El uso de heteroinformes aparece como una sugerencia de mejora en las discusiones de varios artículos revisados en esta introducción teórica, sin embargo, en una amplia revisión sistemática de 2014 (Vivolo-Kantor et al., 2014) solo el 9,7% de los artículos había hecho uso de medidas autoinformadas y heteroinformadas de manera conjunta.

Para superar estas dificultades, Craig et al. (2009) emplearon la misma metodología para examinar la prevalencia en 40 países con una muestra de 202.056 estudiantes. Encontraron que las tasas más altas de acoso, entre los países examinados, se producían en Lituania (45,2% entre los chicos); y que las prevalencias más bajas estaban en Suecia (8,6%) y en los países del norte de Europa. En este estudio, en España declararon sufrirlo 10,2% de los chicos y 8,0% de las chicas. Otro estudio realizado por Díaz-Aguado et al. (2013), con una gran muestra de alumnos de educación secundaria ($N=23.100$) encontró que ante la pregunta “¿Has

sufrido acoso durante los dos últimos meses?”, un 3,8% declararon sufrirlo a menudo o muchas veces (lo que sería considerado bullying), un 11,8% dirían sufrirlo a veces y 84,4% nunca.

Como conclusión, podemos extraer que tomando incluso los estudios con la prevalencia más baja (Díaz Aguado et al. 2013), entre 1 y 3 alumnos de cada clase en España en la Educación Secundaria estaría sufriendo acoso en este momento, lo que lo sitúa en un problema tremendamente prevalente y cuyas dañinas consecuencias serán explicadas más adelante.

4.4. Edad y bullying

Estimar las edades en las que el bullying es más prevalente también es una cuestión compleja y ante la que existe cierta contradicción en la literatura. Algunos artículos identifican este tipo de comportamientos en niños de hasta 4 años (Monks et al., 2002; Monks et al., 2005; Monks y Smith, 2006), aunque parece más complicado que niños de esta edad ejerzan el acoso como tal, es decir, con la intención de dañar, la crueldad y con la sistematicidad que requiere el término.

Algunos estudios longitudinales han encontrado que la mayor frecuencia del acoso se produce en la adolescencia temprana entre los 11 y los 14 años (Nansel et al., 2001); aunque otros autores encontraron un aumento en la transición de la escuela primaria (*primary school*) a la escuela media (*middle school*), es decir, que las mayores tasas tendrían lugar entre los 7 y los 11 años (Undheim y Sund, 2010). Olweus (1993) encontró resultados opuestos a los señalados anteriormente. En España se han encontrado tasas más elevadas a mayor edad (Avilés y Monjas, 2005; Del Rey y Ortega, 2008). En el estudio mencionado anteriormente de Díaz Aguado et al. (2013) encontraron que las conductas de acoso aumentaban entre los 11 y los 13 años, momento en el cual se establecían las prevalencias más altas y después tendían a descender, lo que es coherente con otros estudios (Barrio et al., 2008; Currie et al., 2004),

aunque es cierto que en su muestra solo contaron con participantes que atendían a la educación secundaria, con lo que no se puede descartar que también haya tasas altas en edades inferiores o de la educación primaria. También los datos podrían ser debidos a tener una mayor conciencia del problema en estas edades. Probablemente, los factores culturales o las diferencias entre los países en los sistemas educativos también tengan un efecto sobre las diferencias encontradas en función de la edad.

Un interesante estudio longitudinal (Pepler et al., 2008) encontró que existían distintas trayectorias en la perpetración del bullying. En este estudio se encontró que el 9,9% de la muestra podía ser caracterizado como un grupo de alto grado de acoso, que consistentemente ejercían el acoso a lo largo de todos los años que estaban en la educación secundaria, un segundo grupo lo ejercía moderadamente al comienzo de su etapa en la secundaria, pero después dejaban de realizarlo, un tercer grupo (35,1%) lo ejercían de manera moderada durante toda su etapa escolar y un 41,6% declararon no haberlo realizado nunca en las medidas tomadas. En cualquier caso, la adolescencia es un momento clave del desarrollo social y emocional en el que el bullying puede tener un gran impacto, por lo que resulta una edad propicia para estudiar el fenómeno en relación con otras variables.

4.5. Diferencias en función del género en el acoso entre iguales

Con relación al género y el bullying hay dos cuestiones que se han estudiado ampliamente. Por un lado, si es más probable que las chicas o los chicos estén implicados como víctimas o como agresores en la dinámica del acoso; y por otro, si la violencia que ejercen los chicos o las chicas es diferente, es decir, si, dependiendo del género, se ejerce con mayor frecuencia la violencia directa o indirecta.

4.5.1. Diferencias en función del género en la victimización

En cuanto a la primera cuestión, sobre si hay diferencias en el bullying sufrido dependiendo del género, las investigaciones han mostrado resultados contradictorios. En estudios realizados en Inglaterra y en Estados Unidos concluyeron que no había diferencias

significativas en función del género en el porcentaje de alumnos que declaraban sufrir acoso (Perry et al., 1988; Whitney y Smith, 1993). Otro estudio realizado en 14 países encontró que las diferencias en función del género eran pequeñas (Smith et al., 2002). Sin embargo, otros estudios realizados en Noruega, Alemania y Portugal encontraron que los chicos tenían una mayor probabilidad de estar implicados como víctimas (Almeida, 1999; Lösel y Bliesener, 1999; Olweus, D., 1999) y otro estudio como el de Nabuzoka et al. (2009) encontraron que las chicas informaban de niveles más altos de victimización. En el estudio realizado en 40 países por Craig et al. (2009), mencionado anteriormente, encontraron diferencias o no en función del país. En el estudio más exhaustivo realizado hasta la fecha en España (Díaz-Aguado et al., 2013) los resultados mostraron una mayor probabilidad de sufrir acoso a los chicos, pero con un tamaño del efecto pequeño.

4.5.2. Diferencias en función del género en el papel de los agresores

Las diferencias en función del género en la probabilidad de ser agresores en la dinámica del bullying son mucho más claras y todos los resultados apuntan en la misma dirección. En España, la investigación de Díaz-Aguado encontró que los chicos mostraban con claridad una mayor tendencia a ejercer el acoso sobre sus compañeros y estos datos son acordes a investigaciones y revisiones anteriores realizadas en otros países (Cook et al., 2010; Craig et al., 2009; Currie, C. et al., 2004; Olweus, D., 2005; Smith, P. K. et al., 2019).

4.5.3. Diferencias en la prosociabilidad y en las actitudes frente el acoso en función del género

La cuestión sobre las diferencias en función del género en la probabilidad de sentir empatía o ayudar a las víctimas también es mucho más clara. En este caso, las chicas muestran una mayor tendencia a experimentar empatía por los chicos (Laurent y Hodges, 2009).

En toda la literatura revisada, las chicas muestran una mayor probabilidad de no estar implicadas directamente en la dinámica del acoso, actitudes más contrarias frente al acoso y una mayor tendencia a actuar de un modo prosocial, es decir, o defendiendo a la víctima o

informando a un adulto o consolando a la víctima (Goossens et al., 2006; Menesini et al., 2003; Murphy et al., 2017; Salmivalli et al., 1996). En cualquier caso, la predisposición para defender también varía con la edad, de tal modo que, a mayor edad, se va reduciendo la probabilidad de que defiendan (Lambe et al., 2019).

4.5.4. Diferencias en el tipo de acoso sufrido o ejercido en función del género

En cuanto al tipo de violencia que chicos o chicas ejercen o sufren, es habitual que familias o profesores den por supuesto que los chicos tienden a ejercer más agresiones de tipo físico y que las chicas tienden a ejercer agresiones de tipo social (Björkqvist, Lagerspetz et al., 1992; Crick et al., 1997), especialmente los rumores sobre el comportamiento sexual o la promiscuidad de las chicas es una forma fácilmente reconocible de esta violencia social (Artz, 2005). Sin embargo, las investigaciones realizadas hasta el momento han mostrado resultados contradictorios al respecto. Algunos estudios informan que los chicos están implicados en mayor grado en las agresiones relacionales que las chicas (Orpinas et al., 2015; Tomada y Schneider, 1997; Underwood, 2002), otros autores han reportado que las chicas lo están en mayor grado (Rivers y Noret, 2010; P. K. Smith, 2014; Wang et al., 2009) y también hay estudios que no encontraron diferencias en la tendencia a las agresiones indirectas (Archer y Coyne, 2005; Loflin y Barry, 2016; Salmivalli y Kaukiainen, 2004).

Un metaanálisis publicado en 2008 (Card et al., 2008) que incluyó 148 estudios que examinaban esta cuestión publicados con posterioridad al año 2000, concluyó que los chicos presentaban diferencias significativas en violencia directa con una magnitud media del tamaño del efecto (d de Cohen = 0,61), aunque existieron diferencias en función del informante. En el caso de las medidas autoinformadas o los heteroinformes realizados por padres o profesores las diferencias eran menores, pero en el caso de las medidas heteroinformadas por compañeros las medidas eran mucho mayores. No se encontraron diferencias en función del lugar de la muestra o la edad. También dentro de la denominada violencia directa, la violencia verbal era empleada más por los chicos con un tamaño del efecto pequeño ($d= 0,19$).

En cuanto a la violencia indirecta encontraron una diferencia significativa a favor de las chicas, pero con un tamaño del efecto muy pequeño ($d=0,06$). También el informante fue relevante, encontrándose diferencias a favor de las chicas en el caso de que informaran padres o profesores, mientras que en las medidas autoinformadas los chicos decían ejercerlo más que las chicas, en cualquier caso, con un tamaño del efecto también muy pequeño.

En España, respecto al tipo de violencia sufrida, en el mismo estudio de Díaz-Aguado et al. (2013) mencionado anteriormente y basado en medidas autoinformadas, se encontró que los chicos tenían una probabilidad significativamente mayor de sufrir agresiones físicas o a través de nuevas tecnologías. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en el factor que medía “exclusión y humillación”. En el tipo de violencia ejercida, los chicos informaron de una probabilidad significativamente mayor de participar en agresiones físicas, a través de nuevas tecnologías o en agresiones que provocan exclusión y humillación (Díaz-Aguado et al., 2013).

En las posibles diferencias en cyberbullying, muchos de los estudios o metaanálisis realizados hasta el momento sobre esta cuestión, han sido realizados con datos de la década anterior, en la que el acceso a Internet y a los teléfonos inteligentes era menor y el desarrollo de las redes sociales era más primitivo. Kowalski et al. (2014) no encontraron que el género fuera un predictor claro de ciberagresión o cibervictimación. Por ello, extraer una conclusión clara sobre la implicación en el acoso a través de nuevas tecnologías, ya sea como víctima o como agresor, en función del género es una cuestión complicada de resolver. Parece que debe haber una interacción entre el género y la cultura, de tal manera que la diferencia en función del género parece ser mayor en los estudios realizados en países asiáticos, intermedia en Norteamérica y pequeña o ningún en Europa o en Australia (Kowalski et al., 2014).

Otra posible variable que podría interactuar con las diferencias en el género es la edad, de tal manera que una revisión realizada encontró que, en general, los chicos incurrieran en más

ciberagresiones que las chicas, pero que variaba con la edad, de tal manera que, a edades tempranas, las chicas lo ejercían con mayor frecuencia; pero que, a mayor edad, eran los chicos los que lo realizaban con mayor frecuencia (Barlett y Coyne, 2014). Otro estudio posterior que incluyó una muestra transcultural encontró que la prevalencia de la victimización de los chicos desciende de los 11 a los 13 años, pero aumenta entre los 13 y los 15 años. Sin embargo, otras revisiones no han encontrado esta interacción entre género y edad (Guo et al., 2016).

Como conclusiones principales de este apartado podemos resaltar que no parecen existir diferencias evidentes en el grado de victimización en función del género. En las muestras en las que sí se ha encontrado una diferencia en función del género, esta se inclina a que los chicos lo sufren con más frecuencia, aunque las chicas parecen estar más expuestas a las ciberagresiones (Slonje et al., 2013). Por otro lado, los chicos parecen claramente más implicados como agresores que las chicas. En caso de ejercerlo, tienden a realizar especialmente agresiones físicas o a reconocerlas con mayor facilidad. Los chicos también ejercen violencia social y buscan el aislamiento de la víctima, pero en este componente las diferencias son menores respecto a las chicas. Dicho de otro modo, los chicos ejercen más el acoso haciendo también uso de la violencia social. Las chicas lo realizan con menos frecuencia, pero cuando lo realizan, tienden a ejercerlo en mayor grado a través de la violencia relacional. Estas diferencias en función del género pueden verse afectadas tanto por el lugar de origen de la muestra como por su edad.

En cualquier caso, los metaanálisis y estudios evaluados están basados en medidas autoinformadas y pocos han utilizado la combinación de medidas autoinformadas y heteroinformadas por parte de los iguales. El presente trabajo busca, con el empleo de ambas medidas aclarar esta cuestión. Solucionar esta cuestión podría ser relevante a la hora de diseñar estrategias de prevención e intervención.

4.6. La dinámica del acoso: perfiles

Desde que Olweus comenzó hablando del término bullying, la investigación tomó un enfoque que buscaba resolver fundamentalmente dos preguntas: ¿Qué le ocurre a la víctima para sufrir el acoso? y ¿Qué hace que el agresor se comporte así? Aunque estas investigaciones aportaron un gran conocimiento al campo de estudio, lo cierto es que las intervenciones para prevenir y atajar el bullying hasta ese momento resultaban poco efectivas (Rigby, 2010). A partir del año 2000 aproximadamente, surgieron con fuerza líneas de investigación que partían de una perspectiva más amplia, en la que se daba importancia a los diversos roles que se daban en la dinámica del acoso escolar más allá del agresor y de la víctima. Varios autores hacen referencia a distintos perfiles que pueden darse dentro de la categoría víctima y agresor y también de los espectadores que pueden ignorar, apoyar o hacer frente al acoso (Avilés et al., 2011; Eisenbraun, 2007; Goossens et al., 2006; Salmivalli et al., 1996). En su clasificación Avilés (2006) habla de los siguientes perfiles:

En el caso de los agresores habría tres tipos de perfiles más habituales:

- Agresores seguros de sí mismos o proactivos. Son alumnos que sienten satisfacción cuando ejercen el dominio y la violencia sobre los otros. Suelen caracterizarse por una ausencia de empatía emocional (Jolliffe y Farrington, 2006a). Entienden el acoso como una forma de ganar estatus y popularidad dentro de la clase, y en muchos casos logran su objetivo (Espelage et al., 2001; Garandeau et al., 2014).
- Agresores secuaces. Son alumnos que no suelen dirigir las agresiones, pero participan de las mismas acompañando al cabecilla o cumpliendo sus órdenes o ayudándoles (por ej., avisando cuando viene el profesor). Además, los secuaces suelen tener una cognición social menos desarrollada que los “cabecillas” (Sutton et al., 1999).
- Agresores ansiosos o reactivos. Son alumnos que tienden a ser inestables emocionalmente, son más inseguros que los proactivos y puntúan más alto en neuroticismo (Jara et al., 2017). Suelen contar con un mayor rechazo por parte de sus

compañeros y parecen ejercer sus agresiones producto de una mala regulación emocional.

En el grupo de las víctimas, Avilés también describe diferentes perfiles:

- Víctimas pasivas. Son víctimas que no reaccionan a las agresiones, tienden a interpretar que son culpables de las mismas y es extraño que denuncien. Son tímidos y puntúan alto en introversión (Salmivalli et al., 1996; Slee y Rigby, 1993), tienen bajos niveles de autoeficacia y se muestran inseguros. En muchos casos, la ausencia de respuesta o la falta de seguridad facilita que los agresores los elijan como blanco, ya que les es más fácil salir victoriosos (Salmivalli et al., 1996). Estas víctimas suelen tener un estatus sociométrico bajo o son ignorados por el grupo.
- Víctimas activas o provocadoras. Son alumnos ansiosos o agresivos, toleran mal la frustración y con frecuencia muestra problemas de concentración, hiperactividad o impulsividad. Es habitual que tiendan a interrumpir en la clase, que adopten el “rol del bufón” y que su comportamiento resulte irritante para otros alumnos y para el profesorado (Díaz-Aguado, 2005; Olweus, 1993), por ello los compañeros las pueden considerar como no merecedoras de ayuda. Suelen tener un estatus sociométrico bajo y son rechazados por el grupo. Es muy posible que adopten ese rol como causa o consecuencia del rechazo del grupo o ambos. En el primer caso, su hiperactividad e impulsividad causa el rechazo por la molestia que produce en los otros, pero también es posible que, en algunos casos, ante la experiencia de rechazo, este tipo de comportamientos les ayude a continuar siendo salientes y, de algún modo, continuar perteneciendo al grupo.
- Víctimas seguras de sí mismas. Son alumnos bien ajustados en el grupo, que pueden destacar en alguna habilidad, capacidad académica o privilegio y que despiertan la envidia o el malestar por parte del grupo o parte de este. Puede comenzar su proceso

de victimización con una broma o ridiculización puntual, por ejemplo, con un halago del profesor, que desencadena una burla repetida o dinámica de acoso. Generalmente tienen amistades o simpatías dentro del grupo.

Otro perfil que también se puede dar con frecuencia es el de los agresores-víctima que son aquellos que reciben las agresiones, pero también las ejercen sobre otros alumnos. Tienden a ser alumnos muy rechazados por el grupo; ya que no tienen ni el apoyo del grupo ni la simpatía de los prosociales o del resto de espectadores.

El acoso no implica solo a las víctimas y a los agresores, sino que tiende a realizarse en momentos con público lo que ayuda a elevar el estatus y la dominancia por parte del agresor, por ejemplo, Díaz-Aguado et al. (2013) encontraron que los tres lugares más frecuentes donde se realizaban las agresiones eran en la propia aula ante la ausencia del profesorado, el patio y los pasillos, todos lugares donde hay otros alumnos presentes. Este estatus o popularidad es otorgado por los espectadores, pero no todos lo viven de la misma manera. Por tanto, dentro de los espectadores tendríamos también distintos perfiles:

- Espectadores indiferentes, que son aquellos que no le dan importancia a lo que ocurre mientras no les afecte y mantienen una actitud de “oídos sordos”.
- Espectadores culpabilizados, que presencian las situaciones de acoso con ansiedad y creen que deberían hacer algo, pero no intervienen por miedo a convertirse en víctimas o por no saber cómo deberían intervenir.
- Espectadores amorales que justifican las agresiones o bien por la fuerza del agresor o a través de la culpabilización de la víctima. En ocasiones, apoyan al agresor aplaudiendo, riendo o jaleando las agresiones y las humillaciones. Otorgar este apoyo les puede servir para pertenecer al grupo o incluso ganar estatus en el mismo.
- Prosociales. Son alumnos que no están de acuerdo con las agresiones o la exclusión social y tienden a defender y/o apoyar a la víctima, o bien hablando con ella o

denunciándolo o interviniendo para cortar las situaciones de acoso (Salmivalli, 2010). Son alumnos que, en general, son respetuosos, amables y ayudan a los demás cuando lo necesitan. La intervención de los espectadores suele ser efectiva para que el acoso cese (Hawkins et al., 2001). Además, las acciones modulan las reacciones emocionales de las víctimas, mejorando su autoestima, la aceptación del grupo (Sainio et al., 2011a) y su popularidad (Sainio et al., 2010).

Salmivalli et al. (1996), con una clasificación ligeramente diferente, investigaron cómo era la distribución en los distintos roles de un grupo de alumnos entre 11 y 13 años, y encontraron que el 11,7% de los participantes eran víctimas, 8,2% agresores; 19,5% animaban en las agresiones, 6,8% secundaban las agresiones; 17,3% eran prosociales y 23,7% presenciaban las agresiones de manera pasiva. Un 13% de la muestra no tenía un rol definido. Cabe también suponer que estos porcentajes pueden variar dependiendo del tipo de agresión o de quién sea la víctima, por ejemplo, si es un amigo o un desconocido el que sufre las agresiones, o del tipo de agresión; y lógicamente un mismo alumno puede pasar por distintos roles en su etapa escolar. Sin embargo, esta clasificación es de gran ayuda para entender la dinámica del acoso.

4.7. Ajuste psicológico en los distintos perfiles

Desde que se comenzó a estudiar el fenómeno del bullying, han sido numerosas las investigaciones que han evaluado las variables psicológicas asociadas a los distintos perfiles en la dinámica del acoso. El perfil más estudiado ha sido el de las víctimas y las investigaciones han ido dirigidas o bien a analizar qué factores de riesgo pueden aumentar la probabilidad de estar implicado en ese rol, o bien a examinar las consecuencias que tiene el acoso para quien lo sufre. En el caso de los agresores, las investigaciones han intentado contestar a la pregunta ¿Qué hace que alguien asuma el rol de agresor en la dinámica del acoso?, aunque también un grupo de investigaciones ha intentado explorar las posibles consecuencias a largo plazo de ejercer el acoso, especialmente si este no tiene consecuencias. Por último, el ajuste psicológico

de espectadores y de los prosociales ha sido menos estudiado en comparación con los otros dos perfiles.

4.7.1. Víctimas

El ajuste psicológico más estudiado hasta el momento es el de las víctimas, en el que se ha estudiado los efectos que tiene a corto plazo y a largo plazo el hecho de sufrir acoso durante la infancia y la adolescencia.

De una manera sistemática se ha encontrado en la literatura una asociación positiva entre sufrir acoso y marcadores de malestar psicológico y emocional; y una asociación negativa con marcadores de salud psicológica.

De este modo los menores que sufren acoso tienden a presentar con mayor frecuencia problemas psicológicos como miedo a la evaluación social y sentimientos de soledad (Storch y Masia-Warner, 2004), aislamiento social (Eslea et al., 2004), absentismo y bajo rendimiento escolar (Alsaker y Olweus, 1992; Schwartz et al., 2005), síntomas psicósomáticos como insomnio o dolor de cabeza e irritabilidad (Natvig et al., 2001), peor autoconcepto (Malhi et al., 2014), baja autoestima (Kowalski y Limber, 2013; Musitu et al., 2001; Olweus, 1998), o mal ajuste emocional (Khatri et al., 2000). En EEUU se ha comprobado que existe una mayor probabilidad de que lleven un arma al centro educativo (Ybarra et al., 2007).

También sufrir acoso se relacionó con una mayor frecuencia de síntomas y cuadros psicopatológicos (Kumpulainen et al., 1998a), como sintomatología internalizante (Moore et al., 2014; Nabuzoka et al., 2009); sintomatología depresiva (Kaltiala-Heino et al., 2000; Kiesner, 2002; Klomek et al., 2007; Panak y Garber, 1992; Sweeting et al., 2006); mayor probabilidad de provocarse autolesiones e ideación suicida (Bang y Park, 2017; Barker et al., 2008; Fisher et al., 2012a; Herba et al., 2008; Sourander et al., 2006), psicosis (Bang y Park, 2017), ansiedad (Swearer et al., 2001), trastorno por atracón y bulimia (Lie et al., 2019), trastorno por estrés postraumático (Houbre et al., 2006).

A su vez aquellos que sufren o han sufrido acoso encuentran más dificultades para un desarrollo pleno de su salud psicológica como menores niveles de bienestar subjetivo (Navarro et al., 2015) y niveles bajos de satisfacción con la vida (Flouri y Buchanan, 2002).

Sufrir cyberbullying afecta y agrava algunos de los problemas mencionados anteriormente (Bonanno y Hymel, 2013). Las víctimas de cyberbullying presentan con mayor frecuencia emociones como tristeza, vergüenza, culpa, soledad o desesperanza (Ortega et al., 2009; Ortega et al., 2012; Sahin, 2012; Shin et al., 2016), ansiedad, depresión y bajos niveles de bienestar (Fahy et al., 2016), mayor sintomatología depresiva (Perren et al., 2010), sintomatología depresiva y baja autoestima en alumnos con discapacidad intelectual (Didden et al., 2009), problemas psicosomáticos (Sourander et al., 2013). Conviene aclarar que ambos tipos de acoso suelen solaparse (Alonso y Romero, 2017; Casas et al., 2013) y es probable que las consecuencias sean peores para aquellos alumnos que lo sufren en ambos contextos (Ybarra y Mitchell, 2004).

Asimismo, parece tener consecuencias psicológicas a largo plazo y aquellos que lo sufrieron tienen una mayor probabilidad de tener una baja autoestima y mayores sentimientos de soledad (Tritt y Duncan, 1997). De la misma forma aquellos que sufrieron acoso en el centro educativo tienen una mayor probabilidad de experimentar acoso laboral en el centro de trabajo en la edad adulta (Schafer et al., 2004).

Llegados a este punto queda constatada la asociación entre el bullying y el malestar psicológico. Sin embargo, dado que muchos estudios de los mencionados siguen una metodología transversal, la pregunta que surge es si el acoso precede a esas consecuencias psicológicas o si algunas de esas características psicológicas hacen a algunas personas más vulnerables a sufrir acoso y también a desarrollar los problemas psicológicos antes comentados.

Algunos autores opinan que así es y que, características como la incompetencia social, la impopularidad, la falta de confianza en uno mismo o mostrar ansiedad podrían favorecer que estos alumnos se convirtieran en dianas de los agresores (Espelage, 2016; Khatri et al., 2000; Slee, 1995). En estudios longitudinales quedó constatado que los alumnos que mostraban sintomatología internalizante en la niñez tenían una mayor probabilidad de sufrir acoso en la adolescencia (Cook et al., 2010; Sourander et al., 2000). Del mismo modo, niños que mostraban sintomatología depresiva y que no informaban de ser victimizados al comienzo del curso, estaban en mayor riesgo de sufrir acoso más adelante (Fekkes et al., 2006). Kochel et al. (2012) encontraron un resultado similar al anterior, solo que la victimización mediaba la relación entre depresión y aceptación del grupo. En otro estudio longitudinal Sweeting et al. (2006) encontraron una relación bidireccional entre depresión y victimización, es decir, en los chicos sufrir acoso a los 13 años predecía la depresión, pero a los 15 años la depresión era la que predecía la victimización. Estos estudios son coherentes con la teoría interpersonal de la depresión de Gotlib y Hammen (1992) según la cual si bien la tristeza y la depresión suelen atraer la atención y el apoyo de los otros inicialmente, más adelante las interacciones con la persona deprimida se vuelven aversivas para el entorno, el paciente desarrolla una vulnerabilidad que le lleva a interpretar las señales del entorno negativa u hostilmente y se establece un círculo vicioso que cada vez dificulta más salir de la depresión y tener interacciones positivas con los iguales. Algo parecido podría ocurrir en el caso del bullying

Sin embargo, otros estudios han puesto en duda que la depresión y otros problemas precedan a la victimización. Moore et al. (2017) publicaron un amplio metaanálisis al respecto que incluyó 57 estudios prospectivos y 108 longitudinales, encontró que de manera clara se podía concluir que el bullying precedía a la sintomatología depresiva, ansiosa, psicótica, somática, a los comportamientos de riesgo y a la ideación suicida; y en otros casos era un agravante de problemas previos. Este estudio indicaba que había personas que no tenían ningún problema psicológico inicial, detectado en las pruebas y que, tras el acoso,

desarrollaban la sintomatología. También encontraron que variables como el género, la edad o la severidad del acoso sufrido podían afectar a esta relación, por ejemplo, era más probable que los chicos intentaran suicidarse si sufrían acoso grave.

En 2012, Fisher et al. publicaron otro estudio con cohortes de gemelos, según el cual, en las parejas en los que un hermano sufría acoso y el otro no, el primero tenía una probabilidad mayor de provocarse autolesiones, lo que ayuda a descartar o reducir la influencia genética sobre esta sintomatología. Otro estudio, realizado con 11.108 gemelos, de manera longitudinal, concluyó que el impacto de sufrir bullying sobre la salud mental (ansiedad y depresión o problemas de conducta) era claro (Singham et al., 2017).

Aunque es un tema sobre el que se continuará investigando, las conclusiones según el estado de la literatura son que, en primer lugar, hay una serie de características que pueden facilitar las agresiones por parte de los agresores; ya que muestran vulnerabilidad y los agresores buscan personas con las que su comportamiento no tenga represalias, lo que les ayudará a sentirse fuertes y reforzar su posición en el grupo.

También debe ser tenido en cuenta que hay sujetos que no presentan ninguna psicopatología y las desarrollan a consecuencia de sufrir el acoso. Considerar que el bullying realmente ocurre por las características de la víctima es tremendamente peligroso; ya que con facilidad lleva a pensar que si la víctima cambia sus características el problema se solucionará; y esto no es cierto. En el fondo lo que existe es un problema de intolerancia y falta de respeto a los comportamientos, gustos o características no normativas (Goodboy et al., 2016). Prueba de esto son los artículos que han encontrado que en el acoso se suelen emplear expresiones de odio hacia el grupo social de la víctima incluyendo su religión o su raza (Nansel et al., 2001; Qureshi, 2013), y en los que se halló que es más probable sufrir acoso por parte de miembros pertenecientes a grupos minoritarios o marginados (Priest et al., 2014). Además, los agresores suelen emplear motivos de estatus socioeconómico, peso, orientación sexual, etnia, origen o

inteligencia para agredir verbal o psicológicamente a las víctimas (Aboud y Joong, 2008; Graham, 2016; Poteat et al., 2013; Scherr y Larson, 2009). Los prejuicios y las actitudes intolerantes llevan con mayor facilidad hacia la hostilidad y la agresión hacia otros grupos (Kay et al., 2013; Thomae y Viki, 2013), es más probable entre aquellos con una orientación no heterosexual, inmigrantes, ser de una raza diferente a la mayoría del grupo como demuestran los artículos que han encontrado una mayor prevalencia de acoso entre aquellos que tienen trastornos neuropsicológicos (Coolidge et al., 2004).

Asimismo, no cabe duda de que sufrir acoso es un importante antecedente de muchos problemas psicopatológicos tanto para los que mostraban signos premórbidos antes del acoso, para los que el bullying los hace doblemente vulnerables, como para los que no tenían ninguna psicopatología e impide su desarrollo pleno. Dada su alta prevalencia, urge encontrar recursos y herramientas que ayuden a paliar el impacto de esta dinámica nociva. A su vez sufrirlo y notar el rechazo del grupo, facilita que sea difícil relacionarse con otros. Para estos sujetos, por tanto, sufrir acoso puede ser especialmente nocivo; ya que los hace doblemente vulnerables.

La conclusión es que no hay ninguna duda de los efectos tremendamente negativos que tiene el bullying para quien lo sufre y que, dado el alto número de alumnos que lo sufren, parece un antecedente relevante de muchos de los problemas psicológicos que nos encontramos en las consultas. También podemos concluir que, en algunos casos, existen relaciones bidireccionales o círculos viciosos, en los que una característica de un alumno, por ejemplo, ansiedad social, facilita las agresiones de los otros, por ejemplo, estando sin amigos o solo o con dificultad para hablar con un adulto; y que a la vez esas agresiones exacerbaban el problema psicológico a largo plazo.

4.7.2. Agresores

Mientras que los resultados sobre el ajuste psicológico de las víctimas son claros y apuntan todos en la misma dirección: sufrir acoso es un factor de riesgo para desarrollar otros

problemas psicológicos; en el caso de los agresores existe menos literatura al respecto. Los estudios son contradictorios en varios de sus hallazgos y el enfoque es algo diferente a cuando se estudia el caso de las víctimas. Es decir, en el caso de las víctimas los estudios se centran principalmente en cuál es el impacto que sufrir acoso tiene sobre su bienestar emocional y psicológico; y, en segundo lugar, en cuáles son las características para que lo sufran. En el caso de los agresores, ocurre a la inversa, donde gran parte de la investigación se centra en determinar qué variables del ajuste psicológico explican que los agresores se comporten de esa manera y, en segundo lugar, qué consecuencias puede tener llevar ese tipo de comportamientos.

Respecto a qué variables pueden predisponer a los alumnos a ser agresores se han encontrado resultados contradictorios, con estudios que no han encontrado diferencias en el ajuste psicológico e investigaciones que sí las han encontrado.

Algunos estudios no han identificado que exista una mayor presencia de problemas psicológicos en los que agreden o incluso han podido encontrar que puntúan más alto en algunas características positivas de ajuste psicológico, por supuesto, más alto que las víctimas, pero también que los alumnos no implicados. Por ejemplo, diversas investigaciones no encontraron que los agresores informaran de más sentimientos de soledad, baja autoestima o sintomatología depresiva que los no implicados e incluso con una buena actitud hacia sí mismos (Estévez et al., 2009; Rigby y Slee, 1991; Salmivalli et al., 1999) ni que tuvieran peores habilidades sociales o menor inteligencia social (Garandau y Cillessen, 2006; Kaukiainen et al., 2002) e incluso en algunas investigaciones se ha encontrado que cuentan con habilidades sociales avanzadas, que les permite ejercer dominio sobre el grupo (Vaillancourt et al., 2003). Olweus (1991) no halló que los agresores fueran más inseguros o ansiosos que los no implicados. Incluso hay estudios que indican que los agresores decían sentirse “bien” o satisfechos cuando agredían a otros (Borg, 1998; Boulton y Underwood, 1992). Kowalsky y

Limber (2013) no encontraron que los agresores puntuaran más alto en ansiedad o depresión que los no implicados. Este buen ajuste es muy probable que se deba a que los agresores se sienten acompañados por el grupo y les ayuda a verse poderosos, populares y desafiantes frente a la autoridad, por lo que no es extraño que no se sientan mal con ellos mismos (Hawley y Vaughn, 2003; Vitaro et al., 2000).

En otras ocasiones se sugiere o se piensa que los agresores de bullying “son en el fondo víctimas”. De alguna manera, se entiende que su comportamiento es la reacción ante un entorno que es hostil hacia ellos o que, al ser infelices, pagan con otros su infelicidad. Algunos estudios sugieren que esto es así y han encontrado algunos indicadores de desajuste psicológico asociados con este rol como por ejemplo alto estrés percibido (Estévez et al., 2009), menor satisfacción con la vida (Brewer y Kerslake, 2015; MacDonald, G. y Leary, 2005; Merrell et al., 2008), sintomatología depresiva (Moore et al., 2014), mayor probabilidad de tener intentos autolíticos (Patchin y Hinduja 2010) y mayor tendencia al psicoticismo (Mynard y Joseph, 1997; Slee y Rigby, 1993), puntuaciones más altas en hiperactividad y problemas externalizantes (Kumpulainen et al., 1998) y menor autoeficacia (Eden et al., 2016). Estudios longitudinales encontraron que niveles bajos de autoestima predecían ser agresor (Espelage et al., 2001; Modecki et al., 2013).

Dos metaanálisis aportaron resultados relevantes sobre cuáles podrían ser los principales predictores psicológicos del comportamiento de los agresores. En el primero, Card et al. (2008), tras revisar 148 artículos, encontraron que aquellos que tendían a ejercer agresiones directas presentaban también desregulación emocional, problemas de conducta y baja aceptación de los compañeros, mientras que los agresores indirectos presentaban más problemas internalizantes. En el segundo, Cook et al. (2010), tras revisar 172 artículos, resumieron que las características “típicas” o diferenciales de los agresores eran que mostraban comportamientos externalizantes e internalizantes, presentaban dificultades

sociales y académicas, eran intolerantes, expresaban actitudes y creencias negativas sobre los otros y tendían a dejarse influir negativamente por sus compañeros.

Otros estudios han recogido otras características presentes en mayor grado entre los agresores como la falta de conciencia moral (Menesini et al., 2003; Menisini y Camodeca, 2008) y la falta de empatía (Gini et al., 2008; Jolliffe y Farrington, 2006).

La segunda pregunta se refiere a si ser agresor puede estar asociado a otras conductas problemáticas en la adolescencia o en la edad adulta. En general, las investigaciones han encontrado que ser agresor está asociado a correlatos de conductas problemáticas o antisociales, por ejemplo, mayor probabilidad de uso y abuso de alcohol y otras sustancias (Kretschmer et al., 2017; Moore et al., 2014; Oliveira et al., 2016; Vieno et al., 2011; Ybarra et al., 2007), vandalismo, mayor probabilidad de incurrir en actos delictivos en la edad adulta (Sourander et al., 2006), problemas de violencia en las relaciones de pareja independientemente del género (Pepler et al., 2006). A largo plazo, es muy probable que los agresores extiendan esa forma abusiva y nociva de proceder a otros ámbitos de la vida como podría ser las relaciones adultas o el trabajo (Craig y Pepler, 2003). De hecho, hay autores que sugieren que el acoso es simplemente un aspecto más de un amplio espectro de conductas problemáticas (Bender y Lösel, 2011).

En el caso del cyberbullying, participar en las agresiones a través de internet o redes sociales se ha asociado a varios indicadores de peor salud mental como menor autoestima (Brighi et al., 2012; Patchin y Hinduja, 2010), síntomas depresivos y mayor ideación suicida (Wang et al., 2011; Ybarra y Mitchell, 2004; Ybarra et al., 2006).

También, participar en las ciberagresiones se ha asociado a otras conductas como mayor probabilidad de abuso de alcohol y de fumar (Hinduja y Patchin, 2008; Vieno et al., 2011), mayor probabilidad de realizar agresiones físicas y verse implicado en vandalismo y daño a la propiedad (Ybarra y Mitchel, 2004).

Si bien es cierto que el bullying tradicional y el cyberbullying tienden a solaparse (Alonso y Romero, 2017; Steffgen et al., 2011), algunos estudios han investigado las diferencias en ajuste psicológico en función de la participación en una modalidad o en otra o en ambas. Harman et al. (2005) encontraron que los ciberagresores presentaban peores habilidades sociales, peor autoestima y mayor ansiedad social que en el caso de los agresores exclusivamente presenciales, mientras que mostraban mayores puntuaciones en depresión que los no implicados pero mayores que los agresores tradicionales (Wang et al., 2011). También parece ser común que muestren más sentimientos de aislamiento (Crespo-Ramos, 2017). En cualquier caso, sí parece claro que los agresores que están implicados en ambos tipos de acoso (online y offline) son los que muestran un peor ajuste psicológico y una mayor tendencia a la depresión (Estévez y Jiménez, 2015). En cualquier caso, es un tema de investigación relativamente reciente que cambia a gran velocidad (tipo de redes sociales usadas, diferencias en edad en acceso a dispositivos móviles, etc.), con lo que futuras investigaciones ayudarán a aclarar las similitudes y diferencias entre los agresores online y offline.

En resumen, las visiones predominantes en la literatura sobre los agresores son dos. En algunos casos son considerados alumnos con importantes deficiencias de autocontrol y regulación emocional, procedentes de un entorno hostil y/o permisivo, generalmente rechazados por gran parte de sus compañeros y en los que el bullying probablemente sea otro más de una serie de problemas externalizantes de conducta. En otros casos, los bullies parecen alumnos ajustados, con capacidades y habilidades sociales y de resolución de problemas, incluso en ocasiones prosociales, que se relacionan adecuadamente con otros compañeros fuera de su cuadrilla, con una buena autoestima y que ejercen el acoso con una motivación principalmente instrumental. En definitiva, estos comportamientos les traen estatus, popularidad y les ayuda a imponer sus preferencias en el grupo (Arsenio y Lemerise, 2001; Sutton et al., 2001). La violencia es otro recurso que les sirve para ejercer ese dominio.

El hecho de que exista disparidad en las conclusiones sobre si ejercer el acoso está asociado o no a problemas psicológicos puede deberse a diferentes razones. En primer lugar, diferencias en las medidas empleadas, por ejemplo, hay estudios que han preguntado directamente por acoso sufrido o ejercido; y otras que han preguntado por la tendencia a mostrar comportamientos violentos y agresivos; que no tienen por qué ser comportamientos equivalentes. Otra posible explicación es que se han empleado por lo general medidas autoinformadas y escasas medidas heteroinformadas; y en muchos estas últimas se referían a informes de padres y profesores que no siempre tienen conciencia del bullying que ocurre en la clase. Por ello, las conclusiones de algunos estudios están basadas en la propia percepción del alumno sobre hacer bullying o no o sobre si quiere reconocerlo. Como se ha visto en el apartado de la autoestima, las personas con una alta autoestima pueden declarar realizar menos agresiones, pero eso no quiere decir que sea percibido así por el entorno, probablemente una medida más objetiva. Una tercera explicación posible es que dentro del perfil de agresores se agrupan diferentes subtipos que pueden tener correlatos psicológicos diferentes. Por ejemplo, Card et al. (2008) encontraron que participar de agresiones directas estaba asociado con desregulación emocional y problemas de conducta; y que, sin embargo, aquellos que participaban de agresiones indirectas presentaban en mayor grado problemas internalizantes. Por tanto, a la hora de analizar el ajuste psicológico de los agresores parece conveniente el uso conjunto de medidas auto y heteroinformadas; y también la aplicación de pruebas que combinen preguntas referidas al acoso y preguntas referidas a comportamientos violentos concretos (por ej., violencia directa vs violencia indirecta).

4.7.3. Agresores-víctimas

En algunos casos, los mismos menores que sufren el acoso, lo ejercen sobre otros compañeros. Aunque la mayoría de las investigaciones han estudiado el ajuste psicológico de las “víctimas puras”, y de los “agresores puros”, también ha recibido atención por parte de

algunos investigadores el ajuste psicológico de aquellos alumnos denominados víctimas-agresores (*bully-victims*), es decir, de aquellos que lo sufren y además lo ejercen.

Las investigaciones revisadas hasta el momento apuntan a que estos alumnos compartirían características de ajuste psicológico tanto con el perfil de agresores como con el de víctima, especialmente con este último. Presentarían problemas externalizantes, hiperactividad, baja aceptación, bajo autoconcepto, sintomatología depresiva, baja competencia escolar, menor satisfacción con la vida, aislamiento social y sintomatología depresiva (Austin y Joseph, 1996; Kumpulainen et al., 1998).

Incluso hay investigaciones que apuntan a que estos alumnos tendrían, peor ajuste psicológico que los agresores, las víctimas y los no implicados en algunas variables como problemas externalizantes, hiperactividad, sentimientos de ineficacia y problemas interpersonales (Kumpulainen et al., 1998), así como mayor sintomatología anoréxica (Copeland et al., 2015), peor autoconcepto y más problemas psicosomáticos (Wang et al., 2011). En el caso del cyberbullying, aquellos que ejercían y también sufrían agresiones eran los que presentaban peor salud psicológica, física, y rendimiento académico en línea con lo que les ocurre a los agresores-víctimas tradicionales (Kowalski y Limber, 2013; Ybarra y Mitchell, 2004).

4.7.4. Espectadores

En el 85% de las agresiones de bullying, los espectadores están presentes (Hawkins et al., 2001) e incluso hay estudios que aseguran que los espectadores presencian una situación de acoso cada 7 minutos (Pepler y Craig, 1995) y, por tanto, es lógico pensar que esto puede tener algún efecto sobre su bienestar emocional o sobre otras variables de ajuste psicológico. Podríamos definir a los espectadores como personas que, en contextos donde existe el bullying, no están directamente implicados como víctimas o como agresores, pero presencian las agresiones y humillaciones (Salmivalli, 2010; Salmivalli et al., 1996).

Aunque el más estudiado es el papel de los agresores, las víctimas y los agresores-víctimas, desde que comenzó a entenderse el bullying como violencia que ocurre en el contexto de un grupo, existen también investigaciones que han estudiado el impacto psicológico del acoso sobre el grupo (Salmivalli et al., 1996; Sutton y Smith, 1999).

Al margen de las situaciones específicas de bullying, las experiencias traumáticas vividas como espectador también pueden dejar graves secuelas psicológicas (Janson y Hazler, 2004) como, por ejemplo, una desensibilización respecto a la violencia o una anulación de los sentimientos de empatía. Además, los eventos traumáticos realizados por los iguales pueden provocar graves consecuencias psicológicas negativas del mismo modo que las infligidas por superiores (Aber et al., 2011). Es habitual que los menores expuestos a violencia puedan reaccionar con miedo en un primer momento (Jones y Barlow, 1990) y con sentimientos de aislamiento, desesperanza e ineficacia (Hazler, 1996) y presentar importantes desregulaciones fisiológicas y emocionales o cogniciones desadaptativas a largo plazo. Dadas estas graves consecuencias frente a las situaciones traumáticas hay autores que han enunciado denominaciones como covíctimas (Shakoor y Chalmers, 1991) o víctimas indirectas (Morgan y Zedner, 1993). Al igual que ocurre con otras experiencias traumáticas, este tipo de eventos puede tener efectos en las propias víctimas, pero también puede tener un efecto vicario y puede estar asociado a situaciones de estrés postraumático (Carney, 2008; Idsoe et al., 2012; Janson y Hazler, 2004). Otras consecuencias negativas son el miedo a las represalias, la ansiedad vivida al presenciar las agresiones o la culpa (Lodge y Frydenberg, 2005; Nishina y Juvonen, 2005; Pozzoli et al., 2012; Safran y Safran, 1985; Riby y Slee, 1999; Salmivalli, 2010) lo que tiene consecuencias obvias para la convivencia de todos a corto y largo plazo. Craig y Pepler (1997) sugieren que esto puede deberse a un intento por resolver la disonancia cognitiva que se produce entre la intención de ayudar y el comportamiento de no ayudar, que termina resolviéndose con un cambio en la actitud hacia el acoso coherente con el hecho de no haber ayudado.

Aunque es cierto que se pueden dar también estas consecuencias en el acoso, en general, los alumnos no implicados directamente tienden a mostrar una mejor salud psicológica que los alumnos implicados directamente, por ejemplo, muestran menos sintomatología depresiva, menos sentimientos de soledad, mejor rendimiento académico y baja sintomatología ansiosa (Estévez et al., 2009; Juvonen et al., 2003; Navarro et al., 2015).

En cualquier caso, no es descabellado pensar que presenciar un acoso contra una persona por tener sobrepeso o contra una persona por destacar académicamente en la clase, puede condicionar ciertas actitudes hacia la delgadez o la participación académica en los alumnos que presencian ese tipo de agresiones y que pueden condicionar también su salud psicológica de cara al futuro. D'Augelli et al. (2002) encontraron que alumnos que pertenecían a una minoría sexual y que observaban situaciones de acoso, podían presentar las mismas secuelas psicológicas que los que recibían las agresiones directamente, especialmente si habían sido atacados en algún momento en el pasado. Un estudio realizado con una muestra de más de 2.000 alumnos en Inglaterra encontró que presenciar acoso constituía un riesgo para la salud mental, independientemente de que se sufriera en el rol de víctima o no (Rivers et al., 2009). También parece probable que alumnos muestren ansiedad al presenciar este tipo de comportamientos (Russell et al., 2001).

La intervención de los espectadores generalmente logra que el acoso cese y muchas intervenciones tienen en esto uno de sus puntos clave de trabajo (Hawkins et al., 2001; Polanin et al., 2012; Salmivalli et al., 1996; Salmivalli et al., 2011). Parece que lograr que unos alumnos intervengan o no depende en gran medida de aspectos contextuales (Espelage et al., 2012; Peets et al., 2015; Pozzoli et al., 2012; Salmivalli et al., 1997; Salmivalli et al., 2011), pero también se han estudiado factores individuales determinantes. Se ha visto que alumnos con una mayor implicación en la comunidad y con menor implicación en la violencia escolar muestran una mejor autoestima académica y social y mayor satisfacción con la vida (Crespo-

Ramos et al., 2017). También, aquellos que intervienen tienen a mostrar una mayor autoestima y logran una mayor aceptación por los alumnos a los que se ha defendido (Sainio et al., 2010). También presentan una mayor autoeficacia (Lambe et al., 2019) y tienden a puntuar más alto en el factor amabilidad de los Cinco Grandes y una orientación hacia la confianza, la cooperación y el altruismo (Tani et al., 2003), además de mayores recursos de afrontamiento (Lodge y Frydenberg, 2005). En cualquier caso, no ha sido estudiado hasta el momento si el modo de tratarse a uno mismo y la propia autocompasión pueden estar asociados de algún modo con los comportamientos prosociales en la dinámica del bullying.

4.8. Calidez y rechazo parental

El interés por averiguar el papel que las familias juegan en la dinámica del acoso ha sido un tema de creciente interés en la literatura. Principalmente, se ha estudiado si hay determinados tipos de pautas de crianza o educación familiar que pueden favorecer que algunos niños estén implicados directamente en la dinámica del acoso; y también si hay determinados estilos parentales que pueden ayudar a amortiguar las consecuencias del acoso en los menores, especialmente entre las víctimas.

4.8.1. Víctimas

Las variables relativas a los padres o tutores legales, que han sido asociadas de manera más clara con la victimización, han sido como factores protectores la implicación, calidez y apoyo por parte de los padres y la comunicación; y como factores de riesgo el abuso o negligencia, los problemas de salud de los padres y la violencia intrafamiliar (Nocentini et al., 2019).

En cuanto a los factores de protección, la comunicación, entendida como la frecuencia y calidad con la que padres e hijos se revelan información y comparten situaciones y pensamientos del día a día, parece un importante factor protector frente a la victimización. Se ha visto que, cuando los menores tienden a “abrirse” espontáneamente a sus padres (*child disclosure*), tienen un menor riesgo de sufrir bullying o cyberbullying (Georgiou y Stavrinides,

2013; Gómez-Ortiz et al., 2014; Shapka y Law, 2013; Stavrinides et al., 2015). Esto probablemente sea debido a que, a través de una buena comunicación, pueden ganar seguridad y encontrar soluciones eficaces para enfrentarse a los problemas en el centro (Offrey y Rinaldi, 2017).

El apoyo y calidez familiar también parece ser un factor protector frente a sufrir acoso y también un importante recurso para enfrentar el acoso cuando se está sufriendo. Se entiende el apoyo y la calidez parental con comportamientos como alabar, mostrar afecto, la capacidad para empatizar y para mostrar sinceridad y respeto. Todas estas conductas están asociadas a menores niveles de victimización. Coherente con esta conclusión, Herráiz y Gutiérrez (2016) encontraron en una muestra de alumnos españoles que la falta de apoyo social, incluida la de los padres, estaba asociado a un mayor riesgo de padecer acoso. Una vez que se está sufriendo el acoso, el afecto y la calidez parental es especialmente relevante para amortiguar las consecuencias negativas del acoso y para encontrar soluciones para resolver el problema (Bowes et al., 2010a; Mann et al., 2015; Offrey y Rinaldi, 2017; Sapouna y Wolke, 2013; Yeung y Leadbeater, 2010).

En las ocasiones en las que se ha estudiado esta cercanía y apoyo de los padres desde el punto de vista del apego, se han encontrado resultados en la misma dirección, según los cuales, tener un apego seguro es un factor de protección frente a sufrir acoso y tener un apego inseguro es un factor de riesgo independientemente del género (Murphy et al., 2017; Walden y Beran, 2010a). Estas conclusiones son también válidas en el caso del cyberbullying (Ševčíková et al., 2015).

En cuanto a las características de estilos educativos asociadas a un mayor riesgo de ser víctima en la dinámica de acoso se encuentran el maltrato, los problemas de salud mental de los padres, el abuso o la negligencia, y la violencia intrafamiliar.

Entre los problemas de salud mental se ha estudiado principalmente la influencia del estrés, de la depresión y del comportamiento antisocial. En una muestra de adolescentes españoles, Garaigordobil y Machimbarrena (2017) encontraron que los hijos de padres con mayores niveles de estrés parental tenían una mayor probabilidad de estar implicados como cibervíctimas, especialmente si este estrés estaba combinado con estilos parentales permisivos.

En cuanto al abuso y la negligencia, Shields y Cicchetti (2001) hallaron que los menores expuestos a violencia física o sexual tenían una mayor probabilidad de sufrir acoso en un contexto de campamento urbano, probablemente debido a déficits en la regulación emocional. En la misma dirección, sufrir violencia intrafamiliar, ya sea vivir directamente violencia física o emocional en casa o asistir violencia en la pareja, está asociado a un mayor riesgo de ser víctima de acoso (Bowes et al., 2009; Lucas et al., 2016). Estos resultados también han sido respaldados en estudios longitudinales (Foster y Brooks-Gunn, 2013).

En lo que se refiere a la sobreprotección, la literatura no muestra resultados coherentes al respecto. La sobreprotección ha sido una variable asociada típicamente a un mayor riesgo de victimización desde que Olweus en 1980 publicara un estudio basado en entrevistas con padres donde detectó que este estilo parental era más frecuente entre los padres de las víctimas. Desde el punto de vista teórico, resulta lógico pensar que alumnos que están acostumbrados a que sus padres les resuelvan los problemas y no pongan límites a su comportamiento, tengan más dificultades a la hora de relacionarse con los demás y dispongan de menos recursos para la solución de problemas interpersonales. Sin embargo, en la revisión sistemática de Nocentini et al. (2019) encontraron que, de los 23 artículos revisados sobre sobreprotección, 5 artículos encontraron una asociación positiva, 5 no encontraron ninguna asociación y 5 encontraron una asociación negativa. Una posible explicación a esta contradicción es que algunas de las medidas utilizadas lindan entre el afecto saludable y la

sobreprotección. Otra posible explicación es que, en los artículos que han incluido la opinión de los padres, estos hayan contestado influidos por la deseabilidad social, entendiendo que “están ahí para su hijo” y que mostrarse cuidadosos y atentos a lo que le ocurra a su hijo es lo deseable socialmente hablando. Esta hipótesis de la deseabilidad social sería razonable; ya que los estudios que han comparado la información dada por parte de los padres y de los adolescentes han concluido, en general, que los padres tienden a responder de una manera idealizada o más positiva sobre sus prácticas parentales (Cenkseven Onder y Yurtal, 2008; Stevens et al., 2002) que la que dan los adolescentes. Una última explicación posible es que la mayoría de los artículos han revisado el factor sobreprotección de manera aislada, sin estudiar su interacción con otras variables que pueden ser relevantes (por ej., grado de consistencia entre los padres en la aplicación de normas).

4.8.2. Agresores

En cuanto a los principales factores de riesgo, estilos parentales más fríos y hostiles se han asociado con mayor frecuencia a que los hijos se vean implicados como agresores. En lo que respecta a los agresores problemas en la salud mental de los padres, violencia doméstica, una mala comunicación, poca implicación y apoyo por parte de los padres, actitudes permisivas y tolerantes frente a la violencia y estilos autoritarios basados casi exclusivamente en medidas punitivas para la educación se asociaron a un mayor riesgo de ejercer acoso sobre los compañeros (Nocentini et al., 2019).

En cuanto a la salud mental de los padres se ha encontrado que algunas patologías estarían, en mayor grado, asociadas con la violencia hacia los iguales (Shetgiri et al., 2015). Por ejemplo, Georgiou (2008) en un estudio con alumnos chipriotas, encontró que la depresión de la madre, junto con una falta de apoyo de la madre, estaba asociada a un mayor riesgo tanto de sufrir como de ejercer el acoso. Bowes et al. (2009) encontraron que tener una madre con depresión o experimentar menos calidez maternal estaba asociado con más probabilidad de ejercer el acoso.

En lo que se refiere a la violencia, tanto sufrir violencia doméstica como presenciarla han sido asociadas a una mayor probabilidad de ejercer el acoso (Baldry, 2003; Bowes et al., 2009; Holt et al., 2008; Lucas et al., 2016; Moretti et al., 2006; Mustanoja et al., 2011; Shields y Cicchetti, 2001). Probablemente el aprendizaje vicario de ese tipo de conductas, los déficits en la regulación emocional y la ausencia de otras estrategias expliquen estos resultados.

Una mala comunicación y poco apoyo parental también han sido asociados a un mayor riesgo de ejercer el acoso. De hecho, estilos parentales negligentes o donde los menores perciben rechazo, un menor apoyo de los padres y existe una alta conflictividad en las relaciones padre-hijo están asociados a una mayor probabilidad de ejercer el acoso (Demaray et al., 2013; Georgiou et al., 2013).

Del mismo modo que la comunicación parece un factor de protección frente a la victimización, también la comunicación y el tiempo pasado juntos lo es frente a ejercer la violencia (Erginoz et al., 2015; Mann et al., 2015; Perren y Hornung, 2005; Shetgiri et al., 2015). En Irán, Mohebbi et al. (2016) decidieron estudiar si esta falta de apoyo y atención parental estaba asociada a una mayor probabilidad de asumir el rol de agresor, como se había encontrado en las investigaciones occidentales y efectivamente, también en esta población, la falta de apoyo estaba asociada a un mayor riesgo de ejercer el acoso. Esto puede deberse a que este apoyo y cercanía parental ayuda a la regulación emocional que tiene una gran importancia para mantener relaciones interpersonales positivas (Idsoe et al., 2008).

Cuando se estudió esta cuestión desde la perspectiva del apego, los estudios apuntan en la misma dirección: un apego inseguro aumenta la probabilidad de ejercer el bullying (Walden y Beran, 2010). Esto se ha visto también en estudios longitudinales. En Corea, por ejemplo, con una amplia muestra, se vio que un apego familiar débil era un predictor del comportamiento agresor, probablemente debido a déficits en el autocontrol (Cho et al., 2017).

En cyberbullying se han encontrado resultados alineados con lo mencionado anteriormente, donde estilos negligentes por parte de los padres estaban asociados a mayor probabilidad de ejercer el acoso (Ayas, 2012).

En cuanto al ciberacoso, parece que esta buena comunicación ejerce también un papel protector tanto para ser víctima como para ser agresor por encima del control parental de internet y las redes sociales (Davis y Koepke, 2016). Una posible explicación es que esta buena comunicación dota a los adolescentes de la autonomía que necesitan y también favorece un mayor desarrollo moral (Fousiani et al., 2016).

También es posible que la combinación de más de una variable pueda predecir con mayor precisión el comportamiento agresivo de los hijos. En esta línea, Eiden et al. (2010), encontraron que el alcoholismo de los padres varones influía en una mayor probabilidad de ejercer el acoso, pero solo en los chicos que tenían un apego inseguro. También encontraron que el alcoholismo de las madres suponía un predictor de ejercer el acoso para los chicos con un apego seguro, pero no para los que tenían un apego inseguro.

En cuanto a los estilos parentales, se ha podido observar que el estilo autoritario, entendido como un estilo parental falto de afecto y empatía, y en el que se abusa de estrategias punitivas como mecanismo de control del comportamiento de los hijos, es un claro factor de riesgo para que los hijos ejerzan el acoso con los iguales (Garaigordobil y Machimbarrena, 2017; Hong et al., 2017; Stevens, Veerle et al., 2002; Zottis et al., 2014). Asimismo, los estilos parentales permisivos o con escasa monitorización del comportamiento de los hijos aparecen también en la investigación como favorecedores de la violencia en los hijos. En estudios autoinformados por parte de los alumnos, una escasa monitorización de su comportamiento y la ausencia de normas estaban asociadas a un riesgo mayor de ejercer el acoso y la violencia indirecta (Holt et al., 2008; Marini et al., 2006). Estos datos han sido contrastados tanto en estudios transculturales (Morcillo et al., 2015) como en estudios

longitudinales (Pepler et al., 2008). Una posible explicación es que los estilos autoritarios, basados excesivamente en las estrategias punitivas, dificulta el desarrollo de habilidades y resolución de conflictos y además los menores aprenden a comportarse de una determinada manera exclusivamente en función de las consecuencias, pero no interiorizan las normas y valores (Loeber y Dishion, 1984). La mayoría de las situaciones de acoso se producen en ausencia del profesorado con lo que no perciben que sus conductas tengan consecuencias. Por último, estilos parentales negativos y faltos de afecto provocan con mayor frecuencia estilos atribucionales hostiles en los menores, lo que favorece las reacciones agresivas que suelen presentar.

Por tanto, parece que la combinación de ambos estilos (autoritario y permisivo), bien sea por inconsistencia en los patrones educativos de los padres o tutores legales, o bien porque se alternan patrones punitivos con escasa monitorización del comportamiento o excesiva permisividad ante las actitudes y comportamientos violentos, son especialmente favorecedores para que los hijos asuman el rol de agresor en las relaciones con los iguales (Garaigordobil y Machimbarrena, 2017; Marini et al., 2006). Una posible explicación de esta relación es que estos estilos parentales llevan a los hijos a desarrollar sesgos atribucionales hostiles, impiden su desarrollo de la inteligencia emocional y las habilidades sociales y de resolución de problemas (Feldstein, 2013).

Por último, el estilo democrático, especialmente cuando es ejercido de manera coherente entre los tutores, es protector frente al ejercicio de la violencia por parte de los hijos (Luk et al., 2016; Sasson y Mesch, 2017).

La mayoría de los estudios analizados hasta el momento han empleado medidas autoinformadas o medidas heteroinformadas de profesores o padres sobre el comportamiento de los hijos, pero son pocos los estudios que han analizado la asociación de la calidez y el rechazo parental combinando medidas de autoinforme de los alumnos y medidas de

heteroinforme sobre su comportamiento como agresores, víctimas o alumnos prosociales realizadas por los compañeros.

4.8.3. Agresores-víctimas

Al igual que en el apartado referido al ajuste psicológico, la mayoría de los estudios hasta el momento sobre la influencia de las relaciones parentales, se han centrado en los perfiles de “agresor puro” y “víctima pura”, con lo que el perfil de “agresor-víctima” ha sido menos estudiado. En general, los estudios han encontrado que los agresores-víctima tienen características familiares compartidas tanto con agresores como con víctimas.

Algunos factores de riesgo para ser agresor-víctima han sido una menor implicación por parte de los padres, tener una madre con depresión, realizar menos actividades estimulantes (Bowes et al., 2009), menor supervisión (Atik y Guneri, 2013), un bajo control parental (Lereya et al., 2013; Marini et al., 2006) y sufrir violencia física por parte de los adultos (Lereya et al., 2013).

4.8.4. Prosocialidad

El papel que las familias tienen para el buen desarrollo de los hijos es un tema amplísimamente estudiado y donde es clara la asociación entre la calidez familiar, la supervisión parental y la parentalidad positiva con el bienestar social y emocional de los hijos (Coldwell et al., 2006; Egeland et al., 1990; Kim-Cohen et al., 2004; Patterson et al., 1989). En el caso del acoso también la educación de los padres parece tener una gran influencia tanto como predictor de que los hijos asuman determinados comportamientos en las dinámicas de acoso. Por ejemplo, se ha encontrado que la calidez por parte de los padres, el estilo parental democrático, el control parental, la confianza, la comunicación y una baja conflictividad en el núcleo familiar están asociados a una menor implicación de los alumnos en la dinámica del acoso (Alizadeh Maralani et al., 2019; Lereya et al., 2013; Luk et al., 2016; Nocentini et al., 2019; Pepler et al., 2008). Aunque esto es ya relevante, queda abierta la pregunta de qué hace que un alumno asuma un rol prosocial en el contexto escolar.

Mientras que el papel que las familias tiene en el rol de los agresores o de las víctimas ha recibido gran atención, existe poca literatura sobre cuál es la influencia de la familia en que los alumnos asuman un rol prosocial en la dinámica del bullying. En una revisión de 2019 sobre los factores que influían en que unos alumnos defendieran a otros, solo se identificaron 7 artículos que hubieran estudiado esta cuestión (Lambe et al., 2019).

En los estudios que sí examinaron esta cuestión encontraron que estilos educativos relacionados con la calidez parental, el apego seguro y las características parentales propias del estilo democrático se asociaron con una mayor probabilidad de que los alumnos participaran como prosociales y defensores de la víctima en la dinámica del bullying (Deković y Janssens, 1992; Eberly y Montemayor, 1998; M. E. Eisenberg, et al., 2006; Nickerson et al., 2008). Estos resultados también han sido corroborados en un estudio que empleó medidas heteroinformadas por parte del profesorado sobre el estatus sociométrico y el comportamiento prosocial (Laible et al., 2004).

Además de estas conclusiones sobre los estilos educativos, las investigaciones realizadas al respecto encontraron algunas características específicas que también favorecen la prosociabilidad de los alumnos. Por ejemplo, que los adolescentes actúen de un modo prosocial está íntimamente ligado a lo que los jóvenes creen que sus padres esperarían de ellos ante ese tipo de situaciones (Rigby y Johnson, 2006). Esta relación entre los estilos parentales podría estar también mediada por una mayor empatía (Carlo et al., 2007), una mayor responsabilidad, menor desapego moral (Gagné, 2003), tener un sentido de competencia social (Laible et al., 2004) y por un más avanzado desarrollo moral (Krevans y Gibbs, 1996). Otras variables como contar con figuras de referencia que sirvan como modelo prosocial influye en que los hijos muestren este tipo de comportamientos (N. Eisenberg y Fabes, 1990; Radke-Yarrow et al., 1983).

Desde las teorías existentes de la psicología estos resultados tienen sentido ya que los estilos educativos, probablemente tienen que ver con modelos que es más fácil seguir.

4.9. Resiliencia y bullying

Como ha sido comentado anteriormente, los resultados de numerosos estudios apuntan a que sufrir acoso tiene numerosas consecuencias dañinas para la salud mental; sin embargo, también existen variaciones interindividuales, es decir, hay personas que son capaces de tener una mayor resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un buen funcionamiento psicológico, académico/laboral y social a lo largo del tiempo cuando se enfrentan adversidades significativas (Luthar et al., 2000).

Además de las variables familiares comentadas anteriormente como por ejemplo la calidez o una buena comunicación (Bowes et al., 2010), ciertas características personales pueden explicar por qué algunos alumnos se ajustan mejor o peor tras este tipo de experiencias. Algunos de estos componentes característicos de la resiliencia incluyen autoestima, autocontrol, autoeficacia y locus de control interno (Ahlin y Antunes, 2015; Akomolafe et al., 2013; Raskauskas y Huynh, 2015).

En un estudio de Sapouna y Wolke (2013), los adolescentes que habían experimentado bullying a las edades de 13 y 14 años pero que habían tenido unos niveles menores de depresión tras la experiencia, tendían a ser hombres, tener una alta autoestima, se sentían menos alienados socialmente, no tenían alta conflictividad con los padres y no eran victimizados por los hermanos.

Catterson y Hunter (2010) encontraron que interpretaciones más catastrofistas por parte de los adolescentes se asociaban a un peor ajuste y a más sentimientos de soledad. Por otro lado, sentimientos de autoeficacia y visiones positivas de uno mismo pueden ayudar a superar acontecimientos potencialmente traumáticos como el abuso sexual o el bullying (Narayanan y Betts, 2014; Turner et al., 2010). Hasta el momento son escasos los estudios que

hayan examinado el papel de la autocompasión ante situaciones potencialmente traumáticas y menos los que hayan estudiado la autocompasión como un posible mecanismo de resiliencia ante el bullying. Sí que se ha estudiado el papel del mindfulness en esta relación, obteniendo que esta capacidad puede amortiguar los efectos del bullying (Zhou et al., 2017), por tanto, parece plausible pensar que la autocompasión también pueda ofrecer beneficios en este sentido.

CAPÍTULO III: ESTUDIO EMPÍRICO

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Tras haber examinado la literatura existente, el presente trabajo tratará de dar respuesta y someter a contraste las siguientes preguntas e hipótesis:

1. **Objetivo 1.** Comprobar la estructura factorial de la escala de autocompasión en la presente muestra. Como paso previo a analizar las posibles asociaciones entre la autocompasión y las otras variables se comprobará cómo es la estructura factorial de la escala de autocompasión para su empleo apropiado en los siguientes análisis.
2. **Objetivo 2.** Examinar si los resultados obtenidos en las variables examinadas son coherentes con la literatura existente. En este objetivo se evaluará si los datos de la presente muestra en los niveles de autocompasión, autoestima, afecto positivo y negativo son coherentes con las investigaciones publicadas hasta el momento lo que ayudará a dar una mayor validez externa a los siguientes estudios.
3. **Objetivo 3.** Evaluar el ajuste psicológico en función de los perfiles en la dinámica del bullying evaluado a través de medidas autoinformadas y heteroinformadas por pares. La hipótesis a partir de este objetivo es que, al incluir medidas heteroinformadas sobre los perfiles en el bullying (víctimas, agresores, prosociales) se encontrarán nuevos matices a las asociaciones encontradas previamente en la literatura. Como hipótesis de partida esperamos encontrar que las puntuaciones en ajuste psicológico estarán íntimamente ligadas a la subjetividad de las experiencias.
4. **Objetivo 4.** Estudiar de manera exploratoria las características interpersonales de la autocompasión y la autoestima. En este caso, hipotetizamos que la autocompasión se asociará con variables positivas del comportamiento social, por ejemplo, tendrá una asociación positiva con los comportamientos prosociales.

5. Objetivo 5. Evaluar qué componentes de la autocompasión predicen en mayor grado los niveles de autoestima en función del género. En este caso, el objetivo será evaluar si alguno de los componentes de la autocompasión se asocia con mayor fortaleza a los niveles de autoestima.
6. Objetivo 6. Estudiar la influencia de la familia y los iguales en el desarrollo de la autocompasión. Hasta el momento solo se ha estudiado el papel de la familia en el desarrollo de la autocompasión y principalmente desde un enfoque teórico. Estimamos que la calidez en las relaciones familiares estará asociada a mayores niveles de autocompasión. Además, hipotetizamos que las relaciones con los iguales también tendrán un peso en los niveles de autocompasión en la adolescencia.
7. Objetivo 7. Evaluar el potencial papel de la autocompasión como variable mediadora entre ser víctima de acoso y ajuste emocional. Por último, creemos que la autocompasión guardará un papel amortiguador de las experiencias de acoso vividas como víctima.

2. MÉTODO

2.1. Descripción de la muestra

Para el presente estudio se contó con la participación de alumnos de 4 centros educativos de educación secundaria que fueron escogidos incidentalmente. Dos de los centros eran públicos y los otros dos concertados. Los colegios estaban ubicados en la Comunidad de Madrid, en las localidades de Pozuelo (Instituto Público de Educación Secundaria), Majadahonda (Centro Concertado), Parla (Instituto Público de Educación Secundaria) y San Martín de la Vega (Centro Concertado).

Inicialmente completaron los cuestionarios 695 alumnos, 29 de los cuales fueron descartados por varios motivos: patrón de respuesta errático, cuestionarios demasiado incompletos o pertenecer a un grupo donde la mayoría de los alumnos estaban ausentes cuando completaron las pruebas. La ausencia de varios alumnos de una misma clase podía alterar las posibles relaciones entre las variables inter- e intrapersonales.

Todos los alumnos cursaban educación secundaria: 1º ESO (28,1%), 2º ESO (42,8%), 3º ESO (20,1%), 4º ESO (8,1%). El rango de edad de los participantes fue entre 12 y 17 años ($M=13,99$ y $DT= 1,20$). La muestra estaba compuesta por 326 chicos (49%) y 339 chicas (51%), 1 participante no contestó a la pregunta y no fue posible obtener el sexo.

La mayoría de los participantes eran de origen español (512; 76,9%); 73 (11%) de origen latinoamericano; 40 europeos no españoles (6%); 17 africanos (2,5%) y 11 asiáticos (1,6%). 13 (2%) alumnos no contestaron a su lugar de origen.

Respecto al origen de los padres, 420 eran de origen español (63,1%) y 214 (32,1%) de origen extranjero. 32 de los alumnos (4,8%) no indicaron el origen de su padre. En referencia al origen de las madres, 431 (64,7%) eran españolas y 217 (32,6%) de origen extranjero. 18 alumnos (2,7%) no contestaron a esta pregunta.

En lo que respecta al nivel de estudios de los padres, 21 (3,2%) no tenían ningún tipo de estudios completados, 102 (15,3%) habían completado estudios de primaria o equivalentes, 233 (35%) tenían acabados estudios de secundaria y 247 (37,1%) habían terminado estudios universitarios. 63 (9,5%) alumnos no contestaron a esta pregunta. 18 madres (2,7%) no tenían ningún tipo de estudios, 105 (15,8%) habían completado estudios primarios, 258 (35,7%) tenían estudios secundarios y 248 (37,3%) terminaron estudios universitarios. 37 (5,6%) participantes no completaron esta pregunta.

Un 10,5% de las madres y un 9,8% de los padres de los participantes se encontraban en paro cuando los alumnos contestaron a los cuestionarios.

Los niños no presentaban ninguna discapacidad psicológica o física que les impidiera contestar debidamente a las pruebas.

En la Tabla 4 pueden consultarse las características sociodemográficas de la muestra del estudio.

Tabla 4. Características sociodemográficas

Edad (Media (Desviación típica))	13,99	(1,20)
Género (en %)		
Hombres	326	48,9%
Mujeres	339	50,9%
Nc	1	0,2%
Colegios (en %)		
IES 1	96	14,4%
Colegio 1	140	21%
IES 2	254	38,1%
Colegio 2	176	26,4%
Origen de los alumnos		
España	512	76,9%
Europeos no españoles	40	6%
Latinoamericanos	73	10,8%
Africanos	17	2,5%
Asiáticos	11	1,6%
Ns/Nc	13	2%
Nivel de estudios de los padres		
Sin estudios	21	3,2%
Primaria	102	15,3%
Secundaria	233	35%
Universitarios	247	37,1%
Ns/nc	63	9,5%
Nivel de estudios de las madres		
Sin estudios	18	2,7%
Primaria	105	15,8%
Secundaria	258	38,7%
Universitarios	248	37,3%
Ns/nc	37	5,6%

2.2. Descripción de los instrumentos utilizados

Fueron administrados los siguientes cuestionarios

2.2.1. Resiliencia y bullying

Incluye 10 ítems referidos a la aceptación y los sentimientos hacia uno mismo. 5 ítems están formulados positivamente (“Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente”) y 5 negativamente (“En general, me inclino a pensar que soy un fracasado”).

Los ítems se puntúan en una escala Likert de 4 puntos (1=Muy en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= De acuerdo; 4= Muy de acuerdo) y se corrige de manera inversa para los ítems negativos (1=Muy de acuerdo; 2= De acuerdo; 3= En desacuerdo; 4= Muy en desacuerdo).

Es una de las escalas más utilizadas para evaluar la autoestima, se ha traducido a varios idiomas, mostrando una buena fiabilidad y consistencia interna (Curbow y Somerfield, 1991; Hagborg, 1993; Kaplan y Pokorny, 1969; Kernis et al., 1992; Roberts y Monroe, 1992; Rosenberg, 1965; Shahani et al., 1990; Silbert y Tippett, 1965).

La escala ha sido traducida al castellano (Echeburúa, 1995) y ha sido empleada en investigaciones con poblaciones clínicas españolas (Morejón et al., 2004), con grupos de estudiantes universitarios (Martín-Albo et al., 2007) y con grupos de adolescentes (Atienza, 2000), obteniendo en todos los casos una buena fiabilidad (α entre 0,84 y 0,88).

2.2.2. Escala de Autocompasión (Neff, 2003b)

La escala consta de 26 ítems y se contesta en una escala Likert de 5 puntos desde 1=casi nunca a 5=casi siempre. Los 26 ítems incluyen 6 subescalas:

- 5 ítems de la subescala *bondad para con uno mismo (self-kindness subscale)*, por ejemplo: “Trato de ser comprensivo y paciente con los aspectos de mi personalidad que no me gustan”.
- 5 ítems de la subescala *enjuiciarse a uno mismo (self-judgement subscale)*, por ejemplo: “Me desapruedo y juzgo por mis fallos e imperfecciones”.
- 4 ítems de la subescala de *humanidad compartida (common humanity)*, por ejemplo: “Trato de ver mis fallos como parte de la condición humana”.
- 4 ítems de la subescala de *aislamiento (isolation subscale)*, por ejemplo: “Pensar en mis imperfecciones hace que me sienta más aislado y separado del resto del mundo”.
- 4 ítems de la subescala de *atención plena (mindfulness)*, por ejemplo: “Cuando ocurre algo doloroso, trato de tener un punto de vista equilibrado de la situación”.

- 4 ítems de la subescala de *sobreidentificación* (*over-identification subscale*), por ejemplo: “Cuando me siento mal, tiendo a obsesionarme y quedarme fijado en todo lo que está mal”.

También es posible obtener una puntuación global de la escala, calculando las puntuaciones inversas de los ítems negativos (juicio a uno mismo, aislamiento y sobreidentificación).

En la escala original (Neff, 2003b), el análisis factorial confirmatorio estableció los pesos de las subescalas de la siguiente manera: para bondad con uno mismo 0,71-0,77; para enjuiciarse duramente 0,65-0,80; para humanidad compartida 0,57-0,79; para aislamiento 0,63-0,78; para atención plena 0,62-0,80; y para sobreidentificación 0,65-78.

El análisis factorial confirmatorio para la escala original determinó que un factor de segundo orden explicaría las intercorrelaciones entre los factores. La fiabilidad de la consistencia interna fue de 0,94 (Neff, 2003b).

La escala se desarrolló en Estados Unidos y ha sido adaptada a Taiwán, Tailandia, y Turquía. En todos los casos, se encontraron unos índices de consistencia interna muy buenos ($\alpha=0,89-0,92$). La escala ha sido adaptada a población española con un grupo de estudiantes universitarios y con una muestra de trabajadores sociales para la versión corta de 12 ítems (García Campayo et al., 2014). También con población española ha mostrado una buena fiabilidad ($\alpha=0,87$) para la escala total y una fiabilidad aceptable para las subescalas ($\alpha=0,71-0,79$). La escala ha sido utilizada con adolescentes obteniendo un buen índice de fiabilidad para la escala completa ($\alpha=0,90$) (Neff y McGehee, 2010).

2.2.3. Cuestionario PANAS para niños y adolescentes

Se trata de una prueba de autoinforme de 20 ítems basada en el cuestionario PANAS de Watson et al. (1988). Los alumnos deben responder cómo se sienten habitualmente. Diez ítems evalúan Afecto Positivo, entendido como características relacionadas con nivel de

energía, capacidad para entusiasmarse con tareas o cosas (por ej., “siento que tengo vitalidad o energía” o “me siento orgulloso/satisfecho”). Los otros 10 ítems evalúan Afecto Negativo entendido como un estado emocional subjetivo de malestar (por ej., “tengo mal humor” o “me siento culpable”).

En la escala original el formato de respuesta era de 3 alternativas de respuesta (1= Nunca; 2= A veces; 3= Muchas veces). En el cuestionario utilizado para el presente estudio se prefirió ofrecer un formato de respuesta de 5 puntos (0=Nada; 1= Un poco; 2= Bastante; 3= Mucho; 4= Muchísimo); ya que dicho formato se asemejaba más a los modelos de respuesta utilizados en otras pruebas.

La versión para niños y adolescentes de la escala fue inicialmente elaborada por Romero et al. (1997). Cinco años más tarde publicaron un estudio con la estructura factorial, fiabilidad y validez de la escala (Sandín, 2003b). En dicho estudio, realizado con una muestra de 535 niños y adolescentes, encontraron una estructura claramente bifactorial (afecto positivo y negativo) y unos índices de fiabilidad aceptables (α entre 0,72 y 0,75 tanto para afecto positivo como para negativo).

2.2.4. Escala de aceptación y rechazo parental

Para evaluar la percepción de aceptación-rechazo parental, los adolescentes completaron una escala de 16 ítems basada en la versión reducida del EMBU-C (*Egna Minnen Beträffande Uppfostran*, Mis memorias durante la crianza): 8 ítems para aceptación parental (4 ítems referidos al padre y 4 ítems referidos a la madre); y 8 ítems referidos a rechazo parental (4 versión padre y 4 versión madre). Los ítems se responden en una escala Likert de 4 puntos (1= Nunca, 2= A veces, 3= A menudo, 4= Muchas veces).

La escala original EMBU (*Egna Minnen Beträffande Uppfostran*, Mis recuerdos de mi crianza) (Perris et al., 1980) fue diseñada para evaluar aspectos de la educación parental, desde el punto de vista de los padres. La escala original contiene 81 ítems. Dicha escala

también tiene una versión para niños que puede ser contestada en el momento presente o por adultos de manera retrospectiva. Tanto en la versión EMBU para padres como en la EMBU-C (*Children*, niños), hay 4 subescalas: la escala de rechazo se refiere a hostilidad, castigos injustificados o excesiva culpabilización hacia el menor, por ejemplo: “¿Son tus padres poco amables o duros contigo?”. La escala de aceptación se refiere a una atención especial por parte de los padres, reconocimiento en caso de llevar a cabo comportamientos correctos, amor incondicional o comprensión y apoyo en situaciones difíciles, por ejemplo: “Cuando te sientes mal, ¿tus padres intentan ayudarte y entenderte?”. La escala de sobreprotección se refiere a los intentos de los padres por controlar la conducta del hijo, y a una preocupación excesiva por su seguridad y por sus comportamientos, además de obediencia estricta a las normas impuestas, altas expectativas de logro hacia las actividades del hijo y el uso de chantaje emocional como mecanismo de control, por ejemplo: “¿Tus padres te prohíben hacer cosas que la mayoría de tus compañeros de clase pueden hacer porque temen que te pueda ocurrir algo?”.

La versión para niños (EMBU-C) ha sido utilizada en numerosos estudios tanto internacionales (Mousavi et al., 2016; Muris et al., 2003) como nacionales (Castro et al., 1993) obteniendo unos buenos índices de fiabilidad (α entre 0,89 y 0,90 para aceptación parental; α entre 0,64 y 0,80 para sobreprotección, α entre 0,83 y 0,90 para rechazo y α entre 0,81 y 0,89 para favoritismo).

Markus et al. (2003) realizaron un estudio factorial de la escala EMBU-C y también encontraron cuatro factores que representaban un buen ajuste al modelo: aceptación parental (*emotional warmth*); rechazo (*rejection*), sobreprotección (*overprotection*) y favoritismo (*favouring subject*).

La escala S-EMBU (Arrindell et al., 1999) consiste en la versión reducida que consta de 22 ítems y solamente evalúa los factores aceptación parental, rechazo y sobreprotección,

dejando al margen la escala de favoritismo. También es aplicable para el uso con adolescentes. Dicha versión fue probada con una muestra de 2442 jóvenes adultos de Italia, Hungría, Guatemala y Grecia. En el estudio de Arindell et al. (1999), las subescalas de aceptación y rechazo mostraron unos buenos niveles de fiabilidad tanto para la subescala aceptación ($\alpha=0,79-0,85$) como para la subescala rechazo ($\alpha=0,76-0,77$).

Para el presente estudio se utilizaron exclusivamente las subescalas de aceptación y rechazo parental de la versión reducida que fueron contestados desde el punto de vista del menor. Cada ítem consta de una versión para el padre y otra para la madre.

2.2.5. Evaluación del bullying y la convivencia

Para medir las situaciones de acoso entre iguales y violencia, los participantes completaron los siguientes cuestionarios:

2.2.5.1. Medición de bullying mediante autoinforme

Se siguió el procedimiento recomendado en el Cuestionario de Victimización de Olweus (1996) en el que se presenta la definición de bullying a los alumnos y después, se les pregunta con qué frecuencia lo reciben o lo ejercen.

A continuación aparecen algunas preguntas sobre el bullying. Nos gustaría saber si hay bullying o no en tu instituto. Decimos que se está haciendo bullying a un/a alumno/a, cuando otro/a u otros alumnos/as:

- Le dicen cosas crueles y dolorosas o se ríen de él o ella y le ponen motes crueles o dolorosos.*
- Le ignoran completamente o le excluyen de su grupo de amigos o le apartan de actividades a propósito.*
- Le pegan, le dan patadas, le empujan o le encierran en sitios pequeños o en habitaciones.*
- Dicen mentiras o difunden rumores sobre él/ella.*

- *Le envían notas crueles o intentan hacer que a otros compañeros tampoco les guste.*

Cuando hablamos de bullying, decimos que estas cosas ocurren repetidamente y es difícil para la víctima defenderse por sí mismo. También decimos que es bullying cuando se hace burla o se molesta repetidamente a otro/a alumno/a de una manera cruel y que le causa daño.

No es bullying cuando la burla se hace en tono de broma y amigable. Tampoco es bullying cuando dos alumnos de la misma fuerza discuten o se pelean.

Después, los alumnos respondieron dos ítems en una escala de 5 puntos (nunca; una o dos veces, prácticamente todas las semanas; una vez a la semana; varias veces a la semana) que evalúa haberlo sufrido como víctima (“Basándote en esta definición, ¿con qué frecuencia te han hecho bullying en el colegio?”) o haberlo ejercido como agresor (“Basándote en esta definición e intentando ser sincero, indica con qué frecuencia has hecho bullying a otros en los últimos dos meses”).

Para el cyberbullying se operó de un modo similar, definiendo en primer lugar el cyberbullying: *consiste en el uso de teléfonos móviles o internet para acosar, amenazar o intimidar a alguien* para, a continuación, preguntar en la misma escala de 5 ítems si se había sufrido como víctima (“Basándote en esta definición, ¿con qué frecuencia te han hecho cyberbullying en los dos últimos meses?”) o como agresor (“Basándote en esta definición e intentando ser sincero, indica con qué frecuencia has hecho cyberbullying a otros en los último dos meses”).

2.2.5.2. Lista de situaciones de acoso

Dicho cuestionario ha sido utilizado en el Estudio Estatal sobre la Convivencia Escolar en la Educación Secundaria Obligatoria (Díaz-Aguado et al., 2010). Los participantes completaron dos listas referentes a situaciones vividas como víctima y como agresor. Las

preguntas se contestaban en una escala Likert de 5 puntos (0=Nunca, 1=Una o dos veces, 2= Prácticamente todas las semanas, 3= Una vez a la semana, 4= Varias veces a la semana) y se referían a cuatro modos de violencia. A continuación, se describen las escalas y la fiabilidad obtenida en dicho Estudio Estatal sobre la Convivencia Escolar:

- Situaciones de exclusión y humillación ($\alpha=0,86$ como víctima - $0,83$ como agresor)

Vividas como víctima (“Me ignoran a propósito”, “Me rechazan” o “Me impiden participar”) o como agresor (“Impido participar a algunos compañeros en actividades”, “Ignoro a algunos compañeros a propósito”).

- Situaciones de agresión física o verbal ($\alpha=0,87$ - $0,90$)

Desde el punto de vista de la víctima: “Me pegan”, “Me amenazan para meterme miedo”, “Me obligan con amenazas a conductas o situaciones de carácter sexual en las que no quiero participar”, “Me amenazan con armas”. Se presentaron los mismos ítems desde la perspectiva del agresor (“Pego a otros compañeros”, “Amenazo a otros compañeros para meterles miedo”, “Les obligo con amenazas a conductas o situaciones de carácter sexual en las que no quieren participar”).

- Situaciones de acoso a través de nuevas tecnologías ($\alpha=0,83$ - $0,91$)

Las preguntas, al igual que para los otros modos de violencia, fueron presentados desde la perspectiva de la víctima (“Me ha grabado algún compañero o compañera en móvil o vídeo para utilizarlo contra mí”, “He recibido mensajes a través de Internet o de teléfono móvil en los que me insultaban, amenazaban, ofendían o asustaban”) y desde la perspectiva del agresor (“He grabado a algún compañero o compañera en móvil o vídeo para utilizarlo contra él/ella”).

2.2.5.3. Lugares

Los alumnos también completaron un inventario indicando cuáles eran los lugares donde era más probable que ocurriera acoso entre compañeros (baños, pasillos, escaleras, patio, en la puerta de entrada, cafetería, vestuarios, polideportivo, talleres, aula sin profesores, comedores, calle). También quedaba un espacio de respuesta abierta.

2.2.5.4. Medidas de heteroinforme con subescalas

Los participantes completaron un heteroinforme de 22 preguntas que debían completar con el número de clase de sus compañeros (se les proporcionaba la lista de clase). Las nominaciones eran libres, es decir, no se indicaba ningún límite en cuanto al número de compañeros que los alumnos podían señalar.

Las subescalas del heteroinforme eran las siguientes:

- Preferencia social (Por ej. “¿Con quién te gusta sentarte?”).
- Rechazo en la clase (Por ej. “¿Con quién NO te gusta sentarte?”).
- Perfil agresivo o de acosador (Por ej. “¿Qué compañeros pegan o maltratan físicamente a otros?”).
- Prosocial (Por ej. ¿Quién suele ayudar a los demás cuando lo necesitan?).
- Perfil de víctima (Por ej. “¿Qué compañero de clase es insultado o humillado por otros?”).
- Popularidad (“¿Con quién se quiere juntar todo el mundo?”).

Varias de las subescalas fueron obtenidas del estudio de Babarro (2014). Aunque el procedimiento de corrección para el presente estudio es diferente debido a las nominaciones libres, los índices de fiabilidad obtenidos en el estudio de Babarro del 2014 son buenos (victimización $\alpha=0,73$; aceptación $\alpha=0,86$; prosociabilidad $\alpha=0,84$; agresividad $\alpha=0,89$).

2.2.5.5. Breve cuestionario sociodemográfico

Se les preguntaba por el sexo, la edad, el número de hermanos, el curso, la nacionalidad, el entorno familiar, el lugar de origen, el tiempo en el centro educativo, el origen de los padres, el nivel de estudios de los padres, la situación laboral de los padres y los estudios que tenían intención de terminar.

Estas preguntas iban al final del test para no afectar a las respuestas en los otros cuestionarios.

2.3. Procedimiento

Se contactó con los centros educativos y se les pidió autorización para aplicar las pruebas en los mismos a cambio de talleres con profesores y alumnos sobre el bullying. También se premió la participación de los alumnos con entradas para el cine o teatro a través de un sorteo.

A continuación se pidió la autorización por omisión a los tutores legales de los menores, es decir, los centros informaron a los padres o tutores mediante circular o e-mail de la participación de los alumnos en la investigación. En caso de que no quisieran que sus hijos completaran los cuestionarios o que sus datos no formaran parte de la base de datos, debían entregar la circular firmada.

Antes de la realización de las pruebas en los 4 centros, se realizó un estudio piloto con 24 alumnos de 1º de la ESO con el objetivo de comprobar la comprensión de las pruebas y el tiempo que les llevaba a los alumnos completar todas las escalas. Tras dicho estudio, se modificaron los ítems necesarios para favorecer su comprensión y se decidió incluir algunos ítems adicionales; ya que las pruebas fueron completadas en menos tiempo del previsto. Los alumnos tardaban entre 25 y 40 minutos en completar todos los cuestionarios.

Las pruebas fueron administradas por el investigador en dos de los centros y en otros dos, fueron los propios profesores los que presentaron los cuestionarios a los alumnos. En el caso de que fueran administrados por los profesores, estos atendieron a una formación de una

hora en las que se explicaba el procedimiento. Además, recibieron una hoja con las instrucciones para la correcta disposición del aula y de las pruebas.

A los alumnos se les indicó que las respuestas eran totalmente confidenciales. Los alumnos recibían todos los cuestionarios grapados, con un código de sujeto. Además, recibían la lista de clase con los números y los compañeros para poder realizar el heteroinforme, es decir, cuando contestaban a las preguntas, lo hacían con el número de clase y no con el nombre.

Los alumnos llegaban a clase y se sentaban en columnas de uno, similar a cuando realizaban un examen. Se sentaban en los lugares sin seguir ningún orden especial, generalmente en el mismo pupitre donde solían sentarse. A continuación el investigador/profesor repartía los cuestionarios por orden siguiendo el indicado en los códigos, ya escrito en la primera hoja de los cuestionarios. Por ejemplo, si había 5 alumnos sentados en la primera columna (unos sentados detrás de otros) se le repartían los cuestionarios 2001, 2002, 2003, 2004, 2005; y a la siguiente columna de alumnos se le repartían los cuestionarios ya numerados 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010, y así sucesivamente. Después el investigador o profesor completaba un mapa de la clase que vinculaba el código con el número de alumno en clase. Para mayor aclaración, en el Anexo 12 se incluye la explicación con las instrucciones para el profesorado.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

1. ESTUDIO 1. DESCRIPTIVOS

1.1. Diferencias en las variables examinadas dependiendo de la edad, el género y el lugar de origen

Se presentan a continuación los análisis descriptivos realizados. Basándonos en lo expuesto en la introducción teórica, se tuvieron en cuenta tres variables que podían influir en las puntuaciones obtenidas: el género, el lugar de origen (nacido en España o fuera de España) y la edad (adolescencia temprana o tardía). Para cada una de estas variables dicotómicas, se realizaron una serie de análisis cuyos resultados presentamos agrupados de la siguiente manera:

- **Variables de ajuste psicológico.** En este grupo se analizaron las variables de autoestima, autocompasión, las seis subescalas de autocompasión, *self-coldness*, *self-warmth*, afecto positivo y negativo y bienestar emocional. Para calcular el bienestar emocional, simplemente se restó el componente de afecto negativo del afecto positivo (Koydemir y Schütz, 2012; Koydemir et al., 2013).
- **Variables de aceptación y rechazo maternal, paternal y familiar.** Las variables de aceptación y rechazo familiar se obtuvieron a través del promedio obtenido en los ítems de aceptación y rechazo maternal y paternal.
- **Variables sobre agresiones y buen trato en el centro educativo.** Aunque fue expuesto en el método, procedemos a aclarar en qué consistían estas variables para evitar la posible confusión con las escalas que evaluaban bullying y víctima autoinformado. En este caso, los alumnos contestaban a un inventario que les preguntaba con qué frecuencia sufrían o ejercían una serie de comportamientos agresivos de manera física, verbal, relacional, a través de internet y redes sociales o con qué frecuencia sufrían intimidación sexual. También se les preguntó sobre la frecuencia con la que recibían buen trato por parte de sus compañeros.

- **Variables heteroinformadas en el grupo de clase.** Como fue expuesto en la parte metodológica, los compañeros del grupo de clase respondían a una serie de preguntas sobre sus compañeros de clase como por ejemplo “¿Quién se mete con otros con mala intención?” o “¿Quién suele ayudar a otros cuando lo necesitan?” A partir de dichas preguntas, se obtuvieron cuatro puntuaciones que ayudaban a entender algunos de los perfiles de los alumnos en la clase: alumnos que ejercían maltrato sobre los otros compañeros, alumnos que sufrían agresiones o exclusión activa por parte de los compañeros, alumnos considerados populares y alumnos prosociales, es decir, alumnos que tendían a ayudar a los demás cuando lo necesitaban o que defendían a sus compañeros. Para calcular estas puntuaciones, se estimó primero el número de nominaciones que recibía cada sujeto y se dividió por el número de sujetos presentes. A continuación, se calcularon las puntuaciones estandarizadas de cada sujeto en relación a su grupo de referencia. Este procedimiento ya ha sido utilizado en otras publicaciones (Poulin y Dishion, 2008).
- **Variables dicotómicas sobre acoso sufrido, ejercido y prosociabilidad.** En este caso se formaron los grupos dependiendo de si el propio alumno informaba de sufrir o ejercer acoso y de si los compañeros informaban sobre si el compañero lo sufría o lo ejercía (Babarro, 2014). De tal manera que se formaron los siguientes grupos:
 - a. **Víctimas autoinformadas, es decir, alumnos que sufrían bullying por parte de sus compañeros.** Dentro de este grupo estaban los alumnos que declaraban haberlo sufrido con una frecuencia igual o superior a una o dos veces en los últimos dos meses. Por tanto, se consideró que no eran víctimas autoinformadas aquellos alumnos que declaraban no haberlo sufrido nunca en los dos últimos meses. En la literatura existente, la frecuencia para considerar si

un comportamiento sufrido es bullying o no lo es depende del objetivo del estudio (Felix et al., 2011). Cuando se trata de estimar la prevalencia de bullying a través del cuestionario de Olweus, se considera sufrir acoso cuando el sujeto informa de haberlo sufrido con una frecuencia prácticamente semanal durante los dos últimos meses (Solberg y Olweus, 2003). En este caso, el objetivo del estudio no era tanto evaluar la prevalencia del acoso sino ponerlo en relación con otras variables. De este modo, se fijaron tres niveles de acoso: alumnos que declaraban no haberlo sufrido nunca, alumnos que declaraban haberlo sufrido una o dos veces en los dos últimos meses (victimización leve) y alumnos que declaraban sufrirlo prácticamente todas las semanas, por lo menos una vez a la semana o varias veces a la semana (victimización grave).

- b. **Bully autoinformado.** En este grupo se siguió el mismo criterio que en el caso de la victimización, estableciendo tres grupos: alumnos que declaraban no haberlo realizado nunca en los dos últimos meses, alumnos que declaraban haberlo realizado una o dos veces en los últimos dos meses y alumnos que declaraban realizarlo al menos una vez todas las semanas.
- c. **Víctima heteroinformada.** En este grupo se incluyó a los alumnos que puntuaron por encima de una desviación típica. Aunque existen diversas opiniones sobre dónde se debe establecer el punto de corte, una desviación típica por encima de la media ha sido un punto de corte utilizado en varias investigaciones (Pellegrini et al. 1999; Solberg y Olweus, 2003).
- d. **Bully heteroinformado.** En este caso se siguió el mismo procedimiento que con las víctimas heteroinformadas. Se incluyó en este grupo a los alumnos que puntuaron por encima de una desviación típica en la escala heteroinformada que completaban los compañeros de clase.

- e. **Prosocial heteroinformado.** Fueron considerados alumnos prosociales, aquellos que obtuvieron una puntuación superior a una desviación típica por encima de la media, del mismo modo que en el caso de las víctimas y los bullies.

Para analizar las diferencias en las variables de ajuste psicológico, de aceptación y rechazo familiar, de agresiones en el centro educativo y las variables heteroinformadas se realizaron pruebas *t* de Student y también se calculó la *d* de Cohen para evaluar el tamaño del efecto. En el caso de las variables dicotómicas se realizaron tablas de contingencia que permitieron comparar los porcentajes entre los grupos. Para evaluar si dichas diferencias son significativas, también se calcularon los estadísticos χ^2 y *V* de Cramer. Todos los análisis se realizaron utilizando el software IBM SPSS 25.

2.3.1. Análisis de las diferencias en función del género

En la tabla 5 se indican las diferencias de medias en las pruebas *t* en las variables de ajuste psicológico entre chicos y chicas. Los chicos puntuaron significativamente más alto que las chicas en autoestima, autocompasión total y bienestar emocional con unos tamaños del efecto pequeños atendiendo a la clasificación de Cohen (1962). Las chicas puntuaron significativamente más alto que los chicos en autojuicio y afecto negativo con tamaños del efecto pequeños; y con tamaños del efecto medios en sobreidentificación, aislamiento y *self-coldness*. No se encontraron diferencias significativas en humanidad compartida, amabilidad con uno mismo, *mindfulness*, *self-warmth* y afecto positivo.

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden autoestima, los componentes de autocompasión, autocompasión total, self-coldness, self-warmth, afecto positivo, afecto negativo y balance afectivo en función del género

	Chicos <i>M (DT)</i> <i>N=325</i>	Chicas <i>M (DT)</i> <i>N=336</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Autoestima	3,19 (0,41)	3,05 (0,49)	4,07***	0,31
Autojuicio	2,65 (0,85)	2,89 (0,93)	-3,50***	-0,27
Sobreidentificación	2,72 (0,91)	3,15 (0,97)	-5,91***	-0,46
Humanidad Compartida	2,84 (0,86)	2,86 (0,91)	-0,22	-0,02
Aislamiento	2,48 (0,96)	2,89 (0,99)	-5,43***	-0,42
Amabilidad con uno mismo	3,37 (0,86)	3,24 (0,96)	1,73	0,14
Mindfulness	3,23 (0,73)	3,13 (0,86)	1,64	0,12
<i>Self-warmth</i>	3,16 (0,63)	3,09 (0,74)	1,38	0,10
<i>Self-coldness</i>	2,62 (0,77)	2,97 (0,81)	-5,73***	-0,44
Autocompasión total	3,26 (0,49)	3,04 (0,67)	4,74***	0,37
Afecto positivo	2,40 (0,66)	2,37 (0,70)	0,46	0,04
Afecto negativo	1,02 (0,66)	1,20 (0,75)	-3,38**	-0,25
Bienestar emocional	13,83 (9,59)	11,73 (10,99)	2,61**	0,20

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En la tabla 6 se muestran los resultados de aceptación y rechazo familiar en función del género. Como se puede comprobar en dicha tabla, se encontraron diferencias significativas en todas las variables analizadas, salvo en calor materno, donde se encontró una tendencia, pero no fue significativa. Los chicos declararon recibir mayor aceptación familiar, sobre todo explicado por una mayor aceptación paterna. Las chicas, por el contrario, informaron sentir un mayor rechazo paterno, materno y familiar. En cualquier caso, los tamaños del efecto de estas diferencias fueron pequeños.

Tabla 6. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden aceptación y rechazo familiar

	Chicos <i>M (DT)</i> <i>N=325</i>	Chicas <i>M (DT)</i> <i>N=336</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Rechazo paterno	6,58 (2,68)	7,02 (2,78)	-1,97*	-0,16
<i>N</i>	303	305		
Rechazo materno	6,26 (2,33)	6,73 (2,58)	-2,42**	-0,19
<i>N</i>	312	325		
Rechazo familiar	12,77 (4,56)	13,67 (4,63)	-2,40**	-0,19
<i>N</i>	296	297		
Calor paterno	13,82 (3,09)	12,97 (3,23)	3,25**	0,27
<i>N</i>	302	303		
Calor materno	14,47 (2,51)	14,18 (2,70)	1,40	0,11
<i>N</i>	315	325		
Calor familiar	28,37 (5,16)	27,23 (5,13)	2,71**	0,22
<i>N</i>	299	297		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En cuanto a las diferencias en función de la violencia escolar autoinformada, mostradas en la tabla 7, se encontró que los chicos informaban de participar significativamente con más frecuencia en agresiones físicas, verbales o sociales que las chicas. No se encontraron diferencias significativas en función del género en cuanto a la frecuencia con la que recibían este tipo de agresiones. Los tamaños del efecto fueron pequeños, salvo en el caso de la participación en agresiones físicas donde el tamaño del efecto fue muy grande. Es decir, los chicos tienen una probabilidad mucho mayor de participar en agresiones físicas que las chicas.

Tabla 7. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas autoinformadas sobre violencia escolar

	Chicos <i>M (DT)</i>	Chicas <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Victimización física	0,18 (0,49)	0,12 (0,32)	1,87	0,14
<i>N</i>	320	335		
Participación física	0,84 (0,29)	0,03 (0,16)	2,80**	3,46
<i>N</i>	321	335		
Victimización verbal	0,31 (0,59)	0,25 (0,54)	1,37	0,11
<i>N</i>	320	334		
Participación verbal	0,24 (0,47)	0,10 (0,30)	4,55***	0,35
<i>N</i>	319	335		
Victimización relacional	0,45 (0,62)	0,42 (0,55)	0,68	0,05
<i>N</i>	319	328		
Participación relacional	0,53 (0,58)	0,42 (0,50)	2,57*	0,20
<i>N</i>	312	331		
Victimización cyberbullying	0,10 (0,31)	0,12 (0,32)	-0,86	-0,06
<i>N</i>	321	334		
Participación cyberbullying	0,07 (0,21)	0,06 (0,22)	0,21	0,05
<i>N</i>	317	335		
Buen trato recibido por los compañeros	2,79 (0,88)	2,74 (0,90)	0,58	0,06
<i>N</i>	314	328		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Los resultados de las escalas heteroinformadas se muestran en la tabla 8. Según las contestaciones de los compañeros, era significativamente más probable que los chicos fueran señalados como agresores o como víctimas con unos tamaños del efecto entre pequeños y medios. Las chicas puntuaron significativamente más alto en prosociabilidad, en este último caso con un tamaño del efecto próximo a medio.

Tabla 8. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas heteroinformadas sobre violencia escolar y prosociabilidad

	Chicos <i>M (DT)</i>	Chicas <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Agresores bullying	0,16 (1,14)	-0,15 (0,76)	-4,20***	0,32
<i>N</i>	325	336		
Victimización	0,11 (1,11)	-0,11 (0,81)	3,09**	0,23
<i>N</i>	325	336		
Popularidad	0,01 (0,97)	0,01 (0,99)	0	0,04
<i>N</i>	208	217		
Prosociabilidad	-0,20 (0,86)	0,19 (1,04)	-5,30***	0,41
<i>N</i>	325	336		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Por último, se comparó si existían diferencias en función del género en cuanto al porcentaje de alumnos que o bien declaraban sufrir o ejercer acoso, o bien eran señalados por los compañeros como alumnos que sufrían o ejercían el acoso. En este caso se consideraron víctimas autoinformadas, todas aquellas que indicaban sufrirlo con una frecuencia igual o superior a una o dos veces en los últimos dos meses, es decir, se agruparon en una misma categoría tanto los casos leves como los graves. Se siguió el mismo criterio a la hora de considerar quién ejercía el bullying. Esto se hizo debido a que, si bien esa frecuencia no debería ser considerada bullying como tal en estudios de prevalencia, sufrir bullying con esa frecuencia sí puede guardar relación con variables relevantes desde el punto de vista clínico (Solberg y Olweus, 2003). Analizando las frecuencias, este procedimiento supone englobar en la categoría de víctima al 26,1% de la muestra que declara sufrir bullying con mayor frecuencia, muy similar al porcentaje que se incluye en otros estudios para evaluar la relación entre sufrir bullying y otras variables (Demaray y Malecki, 2003).

Para analizar estas diferencias se realizaron tablas de contingencia 2x2, y se atendieron a los estadísticos χ^2 y V de Cramer. χ^2 nos permite evaluar si las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas. Como puede observarse en la tabla 9, los chicos tienen una probabilidad significativamente mayor de ejercer el acoso tanto si es el propio alumno el que contesta como si son los compañeros los que informan. Las chicas, por el contrario, tienen una probabilidad significativamente mayor de ayudar y ser amables con los demás. No obstante, en ningún caso la V de Cramer superó el valor de 0,50, con lo que podemos concluir que la influencia del sexo es pequeña. En cuanto a la victimización, se observó una tendencia, no significativa, a que los chicos fueran señalados como víctimas por los compañeros. Sin embargo, era ligeramente más probable que las chicas autoinformaran de sufrir acoso que los chicos.

Tabla 9. Diferencias en variables dicotómicas sobre bullying sufrido y ejercido en función del género

		Chicos N (%)	Chicas N (%)	χ^2	V
Víctima autoinformada	No	214 (69,0%)	209 (62,8%)	2,80	0,066
	Sí	96 (31,0%)	124 (37,2%)		
Víctima heteroinformada	No	278 (85,5%)	303 (90,2%)	3,34	0,071
	Sí	47 (14,5%)	33 (9,8%)		
Bully ejercido autoinformado	No	193 (62,1%)	245 (73,4%)	9,43**	0,121
	Sí	118 (37,9%)	89 (26,6%)		
Bully heteroinformado	No	262 (80,6%)	307 (91,4%)	15,94***	0,155
	Sí	63 (19,4%)	29 (8,6%)		
Prosocial heteroinformado	No	292 (89,8%)	267 (79,5%)	13,64***	0,144
	Sí	33 (10,2%)	69 (20,5%)		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

2.3.2. Análisis de las diferencias en función de la edad

Como ha sido explicado en la introducción, en la adolescencia se producen numerosos cambios y la edad puede afectar significativamente a distintas variables. Por ello, se dividió la muestra en dos grupos, uno correspondiente a adolescencia temprana (12-14 años) y otro a adolescencia tardía (15-17). Dado que, en el anterior análisis, se encontraron diferencias en función del género también se incluyó el género junto con la edad para realizar los análisis.

Tal y como se muestra en la tabla 10, se encontraron diferencias significativas en el total de la muestra solo en algunos componentes de autocompasión (sobreidentificación, amabilidad con uno mismo), en la subescala de aspectos positivos de la autocompasión (*self-warmth*), en afecto positivo y en balance afectivo. En el caso de los chicos no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables, salvo en el caso de bienestar emocional cuyas puntuaciones fueron mayores en el grupo de menor edad. También se encontró alguna tendencia próxima a ser significativa en la subescala de los componentes negativos de la autocompasión (*self-coldness*). Las diferencias en los totales se debieron fundamentalmente a las diferencias encontradas en las chicas.

A modo de conclusión, podríamos decir que solo se encontraron diferencias significativas en algunas de las variables examinadas de ajuste psicológico en función de la edad; y que, en los casos en los que se encontró, fueron debidas en gran medida a las diferencias encontradas en el grupo de las chicas. En aquellas variables en las que se encontraron diferencias significativas, estas fueron en la dirección de mayores puntuaciones en las medidas positivas de ajuste psicológico para el grupo de menor edad; y mayores puntuaciones en las medidas negativas de ajuste psicológico para el grupo de mayor edad. En cualquier caso, los valores *d* de Cohen obtenidos en estas variables señalan que los tamaños del efecto de estas diferencias son pequeños.

Tabla 10. Diferencias en variables de ajuste psicológico en función de la edad y del género

	Grupo 1 Total (12-14 años) <i>M (DT)</i> (N=431)	Grupo 2 Total (15-17 años) <i>M (DT)</i> (N=218)	<i>t</i>	<i>d</i>	Grupo 1 Chicos <i>M (DT)</i> (N=212)	Grupo 2 Chicos <i>M (DT)</i> (N=108)	<i>t</i>	<i>d</i>	Grupo 1 Chicas <i>M (DT)</i> (N=219)	Grupo 2 Chicas <i>M (DT)</i> (N=110)	<i>t</i>	<i>d</i>
Autoestima	3,14 (0,46)	3,09 (0,45)	1,29	0,11	3,20 (4,28)	3,19 (0,37)	0,19	0	3,08 (0,48)	2,99 (0,50)	1,56	0,14
Autojuicio	2,74 (0,91)	2,86 (0,89)	1,67	0,13	2,60 (0,84)	2,74 (0,87)	1,39	-0,16	2,87 (0,95)	2,98 (0,88)	1,03	0,12
Sobre-identificación	2,89 (0,97)	3,05 (0,96)	2,09*	0,16	2,68 (0,91)	2,80 (0,93)	1,02	0,13	3,08 (0,99)	3,31 (0,93)	2,00*	0,24
Humanidad compartida	2,88 (0,87)	2,79 (0,90)	1,20	0,10	2,88 (0,82)	2,78 (0,93)	0,95	0,11	2,88 (0,92)	2,80 (0,89)	0,75	0,09
Aislamiento	2,66 (0,98)	2,74 (1,02)	0,86	0,08	2,50 (0,95)	2,43 (0,99)	0,62	0,07	2,82 (0,99)	3,04 (0,97)	1,84	0,22
Amabilidad con uno mismo	3,35 (0,91)	3,21 (0,92)	1,87 ^a	0,15	3,38 (0,85)	3,35 (0,86)	0,26	0,03	3,33 (0,97)	3,07 (0,96)	2,28*	0,27
Mindfulness	3,22 (0,80)	3,10 (0,79)	1,71	0,15	3,24 (0,73)	3,21 (0,70)	0,39	0,04	3,19 (0,86)	3,00 (0,85)	1,90 ^a	0,22
Self-warmth	3,17 (0,67)	3,05 (0,71)	2,05*	0,17	3,18 (0,61)	3,13 (0,65)	0,67	0,08	3,15 (0,73)	2,97 (0,74)	2,12*	0,24
Self-coldness	2,76 (0,82)	2,88 (0,80)	1,80 ^b	0,15	2,60 (0,77)	2,66 (0,79)	0,72	0,08	2,92 (0,84)	3,10 (0,75)	1,88 ^a	0,23
Total AC	3,19 (0,59)	3,07 (0,60)	2,38*	0,20	3,28 (0,48)	3,23 (0,49)	0,97	0,10	3,10 (0,67)	2,92 (0,65)	2,31*	0,28
Afecto positivo	2,43 (0,66)	2,30 (0,72)	2,26*	0,19	2,44 (0,61)	2,31 (0,74)	1,65	0,19	2,42 (0,69)	2,29 (0,71)	1,55	0,19
Afecto negativo	1,07 (0,71)	1,18 (0,68)	1,85 ^a	0,16	0,99 (0,65)	1,08 (0,68)	1,13	0,13	1,16 (0,77)	1,29 (0,67)	1,50	0,18
Bienestar emocional	13,58 (10,25)	11,21 (10,46)	2,76**	0,23	14,56 (9,06)	12,38 (10,57)	1,92*	0,05	12,63 (11,22)	10,27 (0,98)	2,00*	0,30

** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$; ^a $p = 0,06$; ^b $p = 0,07$. Total AC= Total autocompasión.

A continuación, se evaluó si existían diferencias en los niveles de rechazo y aceptación paternal, maternal y familiar percibidos en función de la edad y del género. Los resultados se muestran en la tabla 11. Como se puede comprobar en dicha tabla, y al igual que ocurría con las variables de ajuste psicológico, se encontraron diferencias significativas especialmente en el grupo de las chicas; y estas diferencias son las que explican las diferencias encontradas en el total de la muestra. En cuanto al rechazo paterno, se encontró que, en el total de la muestra, el grupo de mayor edad obtuvo puntuaciones significativamente superiores con un tamaño del efecto pequeño. Se encontraron resultados en la misma dirección cuando se examinó de manera independiente el grupo de las chicas. También en este grupo se encontraron diferencias significativas con un tamaño del efecto próximo a medio en rechazo materno y rechazo familiar. En el caso de aceptación paternal, maternal y familiar se encontraron diferencias significativas en el total de la muestra y en el grupo de las chicas. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en función de la edad en el grupo de los chicos. Por tanto, son principalmente las diferencias encontradas en el grupo de las chicas las que explican las diferencias encontradas en el total de la muestra.

Como conclusión general, podríamos indicar que las chicas muestran una mayor variabilidad dependiendo de la edad, mostrando una percepción de mayor rechazo familiar en el grupo de mayor edad; y también una percepción de menor aceptación. En el grupo de los chicos estas diferencias no fueron significativas, aunque también se encontró una tendencia en la misma dirección en el caso de la aceptación paternal, maternal y familiar. Los resultados encontrados en el grupo de las chicas, con tamaños del efecto próximos a medios, explican que también se encuentren diferencias significativas en el total de la muestra.

Posteriormente, se comprobó si existían diferencias en función de la edad y el género en la frecuencia con la que los alumnos sufrían situaciones de victimización o participaban activamente en agresiones físicas, verbales, sociales o a través de redes sociales e internet

(*cyberbullying*). También se comprobó si existían diferencias en el buen trato recibido por los compañeros.

Como se muestra en la tabla 12 se encontraron diferencias significativas en victimización física, victimización verbal y *cyberbullying*. En todos los casos, el grupo de menor edad informó de mayores niveles en este tipo de agresiones sufridas que el grupo de mayor edad. Al igual que en los análisis realizados previamente el grupo de las chicas mostró diferencias mayores en las variables estudiadas en función de la edad. En cualquier caso, las diferencias encontradas tienen un tamaño del efecto pequeño. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables de participación en agresiones ni en victimización relacional.

Tabla 11. Diferencias en variables de aceptación y rechazo familiar en función de la edad y del género

	Grupo 1 Total (12-14 años) <i>M (DT)</i>	Grupo 2 Total (15-17 años) <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>D</i>	Grupo 1 Chicos <i>M (DT)</i>	Grupo 2 Chicos <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	Grupo 1 Chicas <i>M (DT)</i>	Grupo 2 Chicas <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Rechazo paterno	6,59 (2,54)	7,22 (3,05)	2,69**	0,22	6,50 (2,53)	6,67 (2,86)	0,54	0,06	6,68 (2,54)	7,76 (3,14)	3,19**	0,38
<i>N</i>	406	192			204	95			202	97		
Rechazo materno	6,38 (2,39)	6,73 (2,64)	1,65	0,14	6,29 (2,43)	6,16 (2,15)	0,49	0,06	6,47 (2,34)	7,29 (2,95)	2,67**	0,31
<i>N</i>	420	207			207	102			213	105		
Rechazo familiar	12,95 (4,48)	13,77 (4,80)	2,02	0,18	12,79 (4,54)	12,57 (4,51)	0,39	0,05	13,10 (4,42)	14,95 (4,81)	3,22***	0,40
<i>N</i>	400	184			202	91			198	93		
Calor paterno	13,71 (3,00)	12,77 (3,59)	3,36***	0,39	14,01 (3,00)	13,49 (3,23)	1,36	0,17	13,41 (2,98)	12,06 (3,79)	3,34***	0,39
<i>N</i>	403	192			203	95			200	97		
Calor materno	14,54 (2,40)	13,96 (2,96)	2,64***	0,21	14,65 (2,38)	14,22 (2,71)	1,41	0,17	14,43 (2,41)	13,70 (3,18)	2,30*	0,26
<i>N</i>	422	208			209	103			213	105		
Calor familiar	28,29 (4,18)	26,88 (5,70)	3,10**	0,28	28,69 (4,86)	27,88 (5,61)	1,27	0,15	27,86 (4,73)	25,89 (5,63)	3,12**	0,38
<i>N</i>	400	187			203	93			197	94		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabla 12. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas autoinformadas sobre violencia escolar en función de la edad y del género.

	Grupo 1 Total (12-14 años) <i>M (DT)</i>	Grupo 2 Total (15-17 años) <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	Grupo 1 Chicos <i>M (DT)</i>	Grupo 2 Chicos <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	Grupo 1 Chicas <i>M (DT)</i>	Grupo 2 Chicas <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Victimización física	0,18 (0,46)	0,09 (0,26)	2,60**	0,24	0,21 (0,56)	0,11 (0,32)	1,79*	0,22	0,14 (0,36)	0,07 (0,18)	2,04*	0,24
N	427	216			209	106			218	110		
Participación física	0,06 (0,26)	0,05 (0,17)	0,81	0,04	0,09 (0,33)	0,07 (0,20)	0,46	0,07	0,04 (0,18)	0,02 (0,12)	0,86	0,13
N	427	217			209	107			218	110		
Victimización verbal	0,32 (0,59)	0,20 (0,48)	2,62**	0,29	0,33 (0,58)	0,23 (0,52)	1,43	0,18	0,30 (0,60)	0,16 (0,42)	2,29*	0,65
N	426	216			208	107			218	109		
Participación verbal	0,17 (0,38)	0,17 (0,44)	0,07	0	0,23 (0,41)	0,28 (0,59)	1,00	-0,10	0,12 (0,35)	0,06 (0,17)	1,69*	0,22
N	426	216			208	106			218	110		
Victimización relacional	0,46 (0,63)	0,39 (0,51)	1,39	0,12	0,47 (0,67)	0,42 (0,53)	0,67	0,08	0,45 (0,59)	0,36 (0,48)	1,33	0,17
N	420	215			207	107			213	108		
Participación relacional	0,45 (0,52)	0,50 (0,56)	0,92	-0,09	0,50 (0,55)	0,57 (0,62)	0,96	-0,12	0,41 (0,49)	0,43 (0,50)	0,34	0,04
N	421	211			206	102			215	109		
Victimización cyberbullying	0,13 (0,36)	0,06 (0,19)	2,55**	0,24	0,11 (0,34)	0,08 (0,23)	0,83	0,10	0,15 (0,38)	0,05 (0,15)	2,72***	0,35
N	427	216			209	107			218	109		
Participación cyberbullying	0,07 (0,24)	0,05 (0,14)	1,44	0,10	0,07 (0,24)	0,05 (0,15)	0,79	0,10	0,07 (0,25)	0,04 (0,12)	1,24	0,15
N	426	214			207	105			219	109		
Buen trato recibido	2,76 (0,88)	2,78 (0,92)	0,19	0,02	2,79 (0,89)	2,78 (0,88)	0,11	0,01	2,73 (0,88)	2,78 (0,96)	0,36	0,05
N	420	210			204	105			216	105		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Es ya sabido que las medidas autoinformadas sobre comportamientos agresivos sufridos y ejercidos pueden estar sujetas a numerosos sesgos, especialmente el de la deseabilidad social (Saunders, 1991). Por ello, se contrastaron estos resultados con medidas heteroinformadas de agresión, victimización, popularidad y prosociabilidad. Los resultados pueden verse en la tabla 13.

En cuanto a la participación en el acoso, los resultados fueron en la dirección contraria a lo encontrado en las medidas autoinformadas, es decir, el grupo de mayor edad puntuó significativamente más alto como agresores en el caso de los chicos lo que explica las diferencias encontradas en la muestra total; ya que en las chicas se encontró una tendencia en la dirección opuesta no significativa.

También se observaron diferencias significativas en la variable popularidad en función de la edad. Los chicos de mayor edad mostraron tener una popularidad mayor, con un tamaño del efecto próximo a medio. No se encontraron diferencias significativas dependiendo de la edad en esta variable en el caso de las chicas. Las puntuaciones encontradas en la muestra total, por tanto, se deben principalmente a las diferencias encontradas en el caso de los chicos.

Las chicas de mayor edad obtuvieron puntuaciones significativamente menores en la variable prosociabilidad que las chicas de menor edad. No se encontraron diferencias significativas en función de la edad en la prosociabilidad en el caso de los chicos. Las puntuaciones encontradas en la muestra total, por tanto, se deben a las diferencias en función de la edad encontradas en las chicas.

Con el objetivo de comparar los porcentajes de bullying sufrido o ejercido en función de la edad, se realizó una tabla de contingencia (tabla 14) incluyendo y dicotomizando las medidas autoinformadas y las heteroinformadas. Se utilizaron los estadísticos χ^2 y V de Cramer para estimar si las diferencias en los porcentajes entre ambos grupos de edad eran o no

significativas y cuál era la magnitud de esas diferencias. Valores en V de Cramer cercanos a 0 indican que no hay relación y cercanos a 1 que la relación es clara (Kendall y Stuart, 1963).

Como se puede comprobar en la tabla 14 no hubo diferencias significativas entre ambos grupos de edad en el porcentaje de víctimas autoinformadas, heteroinformadas o en cuanto al bullying ejercido autoinformado. Sí se encontraron diferencias significativas en bully heteroinformado y prosociabilidad. El grupo de menor edad mostró mayores porcentajes de prosociabilidad y porcentajes menores de bullying heteroinformado. En cualquier caso, el estadístico V de Cramer nos indica que el grado de dependencia entre ambas variables es pequeño.

Tabla 13. Diferencias en las variables heteroinformadas en función de la edad y del género

	Grupo 1 (Edad 11-14) <i>M (DT)</i>	Grupo 2 (15-17 años) <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	Grupo 1, Chicos <i>M (DT)</i>	Grupo 2, Chicos <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i> de Cohen	Grupo 1, Chicas <i>M (DT)</i>	Grupo 2, Chicas <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Agresores bullying	-0,07 (0,90)	0,15 (1,11)	2,72**	0,21	0,04 (1,06)	0,41 (1,27)	2,71**	0,31	-0,19 (0,71)	-0,11 (0,85)	0,88	0,10
<i>N</i>	431	218			212	108			219	110		
Victimización	0,05 (0,94)	0,03 (0,97)	0,99	0,08	0,08 (1,10)	0,10 (1,04)	0,20	0,02	-0,17 (0,73)	-0,04 (0,90)	1,40	0,16
<i>N</i>	431	218			212	108			219	110		
Popularidad	-0,09 (0,92)	0,15 (1,05)	2,47*	0,24	-0,17 (0,85)	0,27 (1,09)	3,21**	0,45	-0,01 (0,99)	0,04 (1,01)	0,37	0,05
<i>N</i>	253	166			124	82			129	84		
Prosociabilidad	0,10 (1,01)	-0,18 (0,89)	3,54***	0,30	-0,15 (0,84)	-0,26 (0,90)	1,11	0,13	0,35 (1,09)	-0,10 (0,87)	3,76***	0,46
<i>N</i>	431	218			212	108			219	110		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabla 14. Diferencias en variables dicotómicas sobre bullying sufrido y ejercido en función de la edad

		Edad 1 (12- 14) N (%)	Edad 2 (15-17) N (%)	χ^2	V
Víctima autoinformada	No	277 (65,6%)	139 (66,2%)	0,19	0,01
	Sí	145 (34,4%)	71 (33,8%)		
Víctima heteroinformada	No	384 (89,1%)	190 (87,2%)	0,53	0,03
	Sí	47 (10,9%)	28 (12,8%)		
Bully ejercido autoinformado	No	288 (68,2%)	142 (67,0%)	0,10	0,01
	Sí	134 (31,8%)	70 (33,0%)		
Bully heteroinformado	No	382 (88,6%)	176 (80,7%)	7,48**	0,11
	Sí	49 (11,4%)	42 (19,3%)		
Prosocial heteroinformado	No	350 (81,2%)	198 (90,8%)	10,19***	0,12
	Sí	81 (18,8%)	20 (9,2%)		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

2.3.3. Análisis de las diferencias en función del lugar de origen

Como se ha indicado en la introducción, la condición de haber nacido fuera del país de residencia puede influir en algunas de las variables analizadas en este estudio. Decidimos comprobar si esto era así en la presente muestra. Como puede verse en la tabla 15 solo se encontraron diferencias en las variables autoestima y en la subescala de autocompasión mindfulness. En el primer caso, los nacidos en España obtuvieron puntuaciones significativamente mayores y en el segundo caso, los nacidos fuera de España obtuvieron puntuaciones mayores. Sin embargo, el estadístico *d* de Cohen indica que los tamaños del efecto de estas diferencias son pequeños, es decir, que el hecho de haber nacido en España o fuera no tiene un gran peso sobre estas variables.

Tabla 15. Diferencias en variables de ajuste psicológico en función del lugar de nacimiento y del género

	Total nacidos en España <i>M</i> (<i>DT</i>) (<i>N</i> =509)	Total nacidos en el extranjero <i>M</i> (<i>DT</i>) (<i>N</i> =153)	<i>t</i>	<i>d</i>
Autoestima	3,14 (0,46)	3,06 (0,46)	1,93*	0,17
Autojuicio	2,79 (0,91)	2,73(0,88)	0,63	0,07
Sobreidentificación	2,97 (0,99)	2,84 (0,88)	1,42	0,26
Humanidad compartida	2,83 (0,86)	2,92 (0,95)	1,17	-0,10
Aislamiento	2,70 (1,02)	2,67 (0,88)	0,29	0,03
Amabilidad con uno mismo	3,30 (0,91)	3,31 (0,90)	0,17	-0,01
Mindfulness	3,15 (0,81)	3,30 (0,77)	2,12*	0,19
<i>Self-warmth</i>	3,11 (0,68)	3,19 (0,70)	1,13	-0,11
<i>Self-coldness</i>	2,82 (0,83)	2,75 (0,74)	0,90	0,09
Total SC	3,14 (0,62)	3,21(0,50)	1,43	-0,12
Afecto positivo	2,41 (0,66)	2,31 (0,75)	1,47	0,14
Afecto negativo	1,09 (0,71)	1,16 (0,70)	1,06	-0,10
Bienestar emocional	13,12 (10,38)	11,50 (10,24)	1,70	0,15

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

También se examinó si el hecho de haber nacido fuera del país o no, estaba asociado a las variables de aceptación y rechazo paternal, maternal y familiar. Como se puede comprobar en la tabla 16 no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de

las medidas de rechazo familiar. Por el contrario, se encontraron diferencias significativas en todas las medidas de aceptación familiar. Los nacidos en España puntuaron más alto en aceptación paterna, materna y familiar. Las diferencias encontradas tuvieron un tamaño del efecto entre pequeño y medio.

Tabla 16. Diferencias en variables de aceptación y rechazo familiar en función del lugar de nacimiento y del género

	Total nacidos en España <i>M (DT)</i>	Total nacidos en el extranjero <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Rechazo paterno	6,73(2,69)	7,05 (2,88)	1,19	-0,11
<i>N</i>	478	131		
Rechazo materno	6,50 (2,51)	6,50 (2,35)	0,02	0
<i>N</i>	492	146		
Rechazo familiar	13,18 (4,65)	13,39 (4,46)	0,46	-0,05
<i>N</i>	466	128		
Aceptación paterna	13,59 (3,08)	12,67 (3,67)	2,89**	0,27
<i>N</i>	475	131		
Aceptación materna	14,51 (2,39)	13,67 (3,20)	3,45**	0,30
<i>N</i>	495	146		
Aceptación familiar	28,14 (4,81)	26,53 (6,16)	3,15**	0,29
<i>N</i>	468	129		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En las variables autoinformadas sobre los distintos tipos de violencia sufrida y ejercida (tabla 17) no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables, salvo en cyberbullying donde los alumnos nacidos en España informaron de recibir este tipo de agresiones a través de internet y redes sociales con mayor frecuencia. El tamaño del efecto de esta diferencia puede considerarse entre pequeño y medio. También, se encontraron diferencias significativas en el buen trato recibido por compañeros a favor de los nacidos en España.

Tabla 17. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas autoinformadas sobre violencia escolar en función del lugar de nacimiento

	Total nacidos en España <i>M (DT)</i>	Total nacidos en el extranjero <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Victimización física	0,16 (0,44)	0,12 (0,31)	1,06	-0,10
<i>N</i>	503	153		
Participación física	0,06 (0,25)	0,04 (0,17)	0,92	0,09
<i>N</i>	504	153		
Victimización verbal	0,26 (0,54)	0,34 (0,64)	1,52	-0,13
<i>N</i>	503	152		
Participación verbal	0,16 (0,21)	0,21 (0,58)	1,25	-0,11
<i>N</i>	504	151		
Victimización relacional	0,43 (0,44)	0,44 (0,56)	0,13	-0,02
<i>N</i>	499	149		
Participación relacional	0,47 (0,50)	0,50 (0,62)	0,70	-0,05
<i>N</i>	494	149		
Victimización cyberbullying	0,12 (0,07)	0,07 (0,20)	1,74*	0,33
<i>N</i>	503	153		
Participación cyberbullying	0,07 (0,06)	0,06 (0,23)	0,48	0,06
<i>N</i>	501	152		
Buen trato recibido por los compañeros	2,82 (2,60)	2,6 (0,91)	2,64**	0,11
<i>N</i>	493	150		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Mientras que en las variables autoinformadas apenas se encontraron diferencias entre ambos grupos, en las variables heteroinformadas se hallaron diferencias en la mayoría de las variables analizadas. Los nacidos en España obtuvieron un número de nominaciones significativamente mayor en las variables prosociabilidad y en popularidad, con puntuaciones típicas positivas en ambos casos (tabla 18). Los nacidos fuera de España mostraron una probabilidad mayor de situarse en el rol de víctimas a juzgar por las opiniones de sus compañeros. El tamaño del efecto en todos los casos fue pequeño.

Tabla 18. Diferencias en las variables heteroinformadas en función del lugar de nacimiento

		Total nacidos en España <i>M (DT)</i>	Total nacidos fuera de España <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Agresores bullying		-0,01 (0,98)	0,02 (1,01)	0,24	0
	<i>N</i>	509	153		
Victimización		-0,05 (0,93)	0,16 (1,13)	2,29*	0,20
	<i>N</i>	509	153		
Popularidad		0,07 (0,98)	-0,17 (0,95)	2,23*	0,24
	<i>N</i>	310	116		
Prosociabilidad		0,06 (1,01)	-0,19 (0,82)	2,81**	0,27
	<i>N</i>	509	153		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Por último, se evaluó la posible existencia de diferencias en los porcentajes de bullying sufrido y ejercido o en prosociabilidad dependiendo del lugar de nacimiento. Los resultados se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. Diferencias en variables dicotómicas sobre bullying sufrido y ejercido en función del lugar de nacimiento

		Nacidos en España <i>N (%)</i>	Nacidos fuera de España <i>N (%)</i>	χ^2	<i>V</i>
Víctima autoinformada	No	329 (66,2%)	94 (63,9%)	0,25	0,02
	Sí	168 (33,8%)	53 (36,1%)		
Víctima heteroinformada	No	452 (88,8%)	129 (84,3%)	2,21	0,06
	Sí	57 (11,2%)	24 (15,7%)		
Bully (ejercido) autoinformado	No	336 (67,3%)	103 (70,1%)	0,39	0,02
	Sí	163 (32,7%)	44 (29,9%)		
Bully heteroinformado	No	436 (85,7%)	134 (87,6%)	0,36	0,02
	Sí	73 (14,3%)	19 (12,4%)		
Prosocial heteroinformado	No	422 (82,9%)	138 (90,2%)	4,79*	0,08
	Sí	87 (17,1%)	15 (9,8%)		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Como se puede comprobar en la tabla 19 no se encontraron diferencias significativas entre los porcentajes salvo en prosociabilidad, donde el porcentaje de prosociales nacidos en España era el doble que en el caso de los nacidos fuera. En cualquier caso, el estadístico V de Cramer indica que la asociación entre el lugar de nacimiento y la prosociabilidad heteroinformada es pequeña.

2.3.4. Prevalencias de bullying en el total de la muestra

Dentro de este estudio se evaluó en primer lugar las prevalencias de los diferentes tipos de bullying en los distintos centros. Las características de población y de los centros variaban en cuanto a porcentaje de inmigración y nivel de estudios de las familias, como se puede comprobar en las tablas 20 y 21 y, por ello, se optó por mostrar los resultados individualizados para cada centro, en vez de agrupados por características comunes (privado/concertado; urbano/rural) que podía llevar a disfrazar los resultados.

Como se explicó en la introducción, cuando medimos el bullying, podemos seguir dos estrategias: o bien podemos presentar a los participantes una definición clara de bullying y a continuación preguntarles por la frecuencia con la que lo sufren; o bien podemos preguntarles por la frecuencia con la que sufren o ejercen determinados tipos de violencia o de agresiones. Como comentamos anteriormente, si se sigue la primera estrategia, se debe considerar bullying, cuando el participante marca una de estas tres opciones: prácticamente todas las semanas, una vez a la semana o varias veces a la semana durante los últimos dos meses (Olweus, 1993). Esta es la estrategia adecuada cuando se realizan estudios de prevalencia. En el presente estudio fue objeto de interés tanto evaluar la prevalencia según los criterios clásicos como la posible relación entre el acoso entre iguales y otra serie de variables. En este caso, consideramos que un alumno que responde que ha sufrido acoso una o dos veces en los últimos dos meses debería incluirse en la categoría de acoso leve; ya que sufrir este tipo de acciones, aunque sea con poca frecuencia, puede tener un impacto emocional, a pesar de que

no sea un acoso tan grave como el de aquellos que lo sufren varias veces a la semana (Solberg y Olweus, 2003).

Tabla 20. Nivel de estudios de los padres y nivel de estudios que el alumno tenía la aspiración de acabar

		Centro 2. Público urbano	Centro 3. Privado rural	Centro 4. Público urbano	Centro 5. Concertado urbano
Estudios del padre	Sin estudios	1 (1,2%)	2 (1,6%)	17 (7,7%)	1 (0,6%)
	Primaria	7 (8,1%)	23 (18,1%)	66 (30,0%)	5 (3,0%)
	Secundaria	21 (24,4%)	66 (52,0%)	115 (52,3%)	30 (17,9%)
	Universitaria	57 (66,3%)	36 (28,3%)	22 (10,0%)	132 (78,6%)
Estudios de la madre	Sin estudios	1 (1,1%)	0 (0,0%)	17 (7,1%)	0 (0,0%)
	Primaria	6 (6,9%)	26 (20,0%)	68 (28,6%)	4 (2,3%)
	Secundaria	26 (29,9%)	77 (59,2%)	118 (49,6%)	36 (21,1%)
	Universitaria	54 (62,1%)	27 (20,8%)	35 (14,7%)	131 (76,6%)
Aspiraciones de estudios a completar por parte del alumno	Carrera universitaria	74 (85,1%)	90 (67,2%)	129 (53,5%)	145 (84,8%)
	Ciclos formativos de grado superior	4 (4,6%)	17 (12,7%)	30 (12,4%)	9 (5,3%)
	Bachillerato	5 (5,7%)	16 (11,9%)	32 (13,3%)	5 (2,9%)
	Ciclos formativos de grado medio	2 (2,3%)	3 (2,2%)	12 (5,0%)	2 (1,2%)
	Graduado en ESO	1 (1,1%)	7 (5,2%)	33 (13,7%)	10 (5,8%)
	Certificado de estudios	1 (1,1%)	1 (1,1%)	5 (2,1%)	0 (0,0%)

Tabla 21. Lugar de origen de los padres de los alumnos encuestados

		Centro 2. Público urbano	Centro 3. Privado rural	Centro 4. Público urbano	Centro 5. Concertado urbano
Lugar de origen padre	España	60 (69,0%)	105 (76,1%)	103 (43,8%)	151 (36,0%)
	Extranjero	27 (31,0%)	33 (23,9%)	132 (56,2%)	20 (11,7%)
Lugar de origen madre	España	61 (68,5%)	107 (77,0%)	104 (43,2%)	157 (89,7%)
	Extranjero	28 (31,5%)	32 (23,0%)	137 (56,8%)	18 (10,3%)

En la tabla 22 se exponen las prevalencias de bullying sufrido y ejercido dependiendo del tipo de centro y en total. Examinando los porcentajes totales, un 65,6% de los alumnos declara no haber sufrido bullying nunca en los dos últimos meses; un 24,4% de los alumnos declara haber sufrido acoso una o dos veces (acoso leve) y un 7% declara haber sufrido acoso con frecuencia durante los dos últimos meses, lo que se consideraría acoso grave. Dentro de cada centro el porcentaje de alumnos que sufrieron acoso de manera leve varió entre un 22,0% y un 30,8%; y aquellos que lo sufrieron de manera grave osciló entre un 5,7% hasta un 9,2% en el centro de mayor prevalencia.

En cuanto al bullying ejercido, un 67,9% declaró no haberlo realizado nunca, un 27,3% de los alumnos reconoció haberlo realizado alguna vez y un 4,8% afirmó haberlo realizado de manera frecuente.

Tabla 22. Prevalencias de bullying sufrido y ejercido dependiendo del centro

			Centro 2. Público urbano	Centro 3. Privado rural	Centro 4. Público urbano	Centro 5. Concertado urbano	Total	
Bullying Sufrido	No bullying	“No lo he sufrido nunca”	65 (71,4%)	83 (62,4%)	163 (66,5%)	111 (63,8%)	422 (65,6%)	
	Bullying leve	“Lo he sufrido una o dos veces”	20 (22,0%)	41 (30,8%)	68 (27,8%)	47 (27,0%)	176 (27,4%)	
	Bullying grave		“Lo he sufrido prácticamente todas las semanas”	1 (1,1%)	2 (1,5%)	6 (2,4%)	9 (5,2%)	18 (2,8%)
			“Lo he sufrido al menos una vez a la semana”	2 (2,2%)	2 (1,5%)	1 (0,4%)	2 (1,1%)	7 (1,1%)
			“Lo he sufrido varias veces a la semana”	3 (3,3%)	5 (3,8%)	7 (2,9%)	5 (2,9%)	20 (3,1%)
Bullying ejercido	No bullying	“No lo he hecho nunca”	65 (70,7%)	86 (64,2%)	188 (76,7%)	99 (56,9%)	438 (67,9%)	
	Bullying leve	“Lo he hecho una o dos veces”	25 (27,2%)	39 (29,1%)	47 (19,2%)	65 (37,4%)	176 (27,3%)	
	Bullying grave		“Lo he hecho prácticamente todas las semanas”	2 (2,2%)	3 (2,2%)	6 (2,4%)	5 (2,9%)	16 (2,5%)
			“Lo he hecho al menos una vez a la semana”	0 (0%)	2 (1,5%)	3 (1,2%)	3 (1,7%)	8 (1,2%)
			“Lo he hecho varias veces a la semana”	0 (0,0%)	4 (3,0%)	1 (0,4%)	2 (1,1%)	7 (1,1%)

También se examinó la frecuencia con que los alumnos declaraban sufrir o ejercer cyberbullying sobre sus compañeros. Los resultados se expresan en la tabla 23. Las prevalencias fueron menores que las encontradas en el caso del bullying. En total, un 11,6% de los alumnos encuestados declararon haber sufrido *cyberbullying* de manera leve y un 2,5% declararon sufrirlo de manera grave. En cuanto al *cyberbullying* ejercido un 7,6% de los participantes reconoció haberlo realizado una o dos veces; y solo un 1,4% reconoció realizarlo con frecuencia.

Tabla 23. Prevalencias de cyberbullying sufrido y ejercido dependiendo del centro

			Centro 2. Público urbano	Centro 3. Privado rural	Centro 4. Público urbano	Centro 5. Concertado urbano	Total	
Cyberbullying sufrido	No cyberbullying	“No lo he sufrido nunca”	78 (84,8%)	117 (88,0%)	204 (83,3%)	154 (88,5%)	553 (85,9%)	
	Cyberbullying leve	“Lo he sufrido una o dos veces”	10 (10,9%)	12 (9,0%)	36 (14,7%)	17 (9,8%)	75 (11,6%)	
	Cyberbullying grave		“Lo he sufrido prácticamente todas las semanas”	2 (2,2%)	1 (0,8%)	3 (1,2%)	1 (0,6%)	7 (1,1%)
			“Lo he sufrido al menos una vez a la semana”	1 (1,1%)	3 (2,3%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	5 (0,8%)
			“Lo he sufrido varias veces a la semana”	1 (1,1%)	0 (0,0%)	2 (0,8%)	1 (0,6%)	4 (0,6%)
Cyberbullying ejercido	No cyberbullying ejercido	“No lo he hecho nunca”	83 (90,2%)	118 (88,7%)	224 (91,8%)	160 (92,0%)	585 (91,0%)	
	Cyberbullying ejercido leve	“Lo he hecho una o dos veces”	9 (9,8%)	13 (9,8%)	17 (7,0%)	10 (5,7%)	49 (7,6%)	
	Cyberbullying ejercido grave		“Lo he hecho prácticamente todas las semanas”	0 (0,0%)	2 (1,5%)	3 (1,2%)	3 (1,7%)	8 (1,2%)
			“Lo he hecho al menos una vez a la semana”	0 (0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	1 (0,2%)
			“Lo he hecho varias veces a la semana”	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

2. ESTUDIO 2. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE AUTOCOMPASIÓN EN LA PRESENTE MUESTRA

Como ha sido expuesto en la introducción teórica, existen varias investigaciones que defienden distintas estructuras de la escala. Por un lado, hay un grupo de investigaciones que abogan por hacer uso de la puntuación total de la escala (Neff et al. 2017) y, por otro lado, otros autores consideran que sería más apropiado un modelo de dos factores (Brenner et al., 2017, 2018) o el uso de los seis componentes por separado (Bratt y Fagerström, 2020). Por ello, y por ser todavía un tema abierto, se consideró oportuno realizar un análisis factorial de la escala con la actual muestra antes de testar las diferentes hipótesis.

2.1. Análisis previo

Dado que la comprensión de los ítems podía variar entre los participantes y ello afectar a la fiabilidad (alfa de Cronbach) de la escala dependiendo del grupo de edad, se realizó una comparación entre ambos grupos de edad que se muestra en la tabla 24. Como se puede comprobar, las diferencias no son lo suficientemente relevantes para que afecten al análisis factorial.

Tabla 24. Consistencia de la escala en los dos grupos de edad

	Grupo 1 (12-14 años)	Grupo 2 (15-17 años)
Autojuicio	0,70	0,73
Sobreidentificación	0,65	0,64
Humanidad Compartida	0,58	0,68
Aislamiento	0,64	0,72
Amabilidad con uno mismo	0,75	0,76
Mindfulness	0,53	0,48
Autocompasión positiva	0,78	0,81
Autocompasión negativa	0,85	0,85
Autocompasión total	0,84	0,85

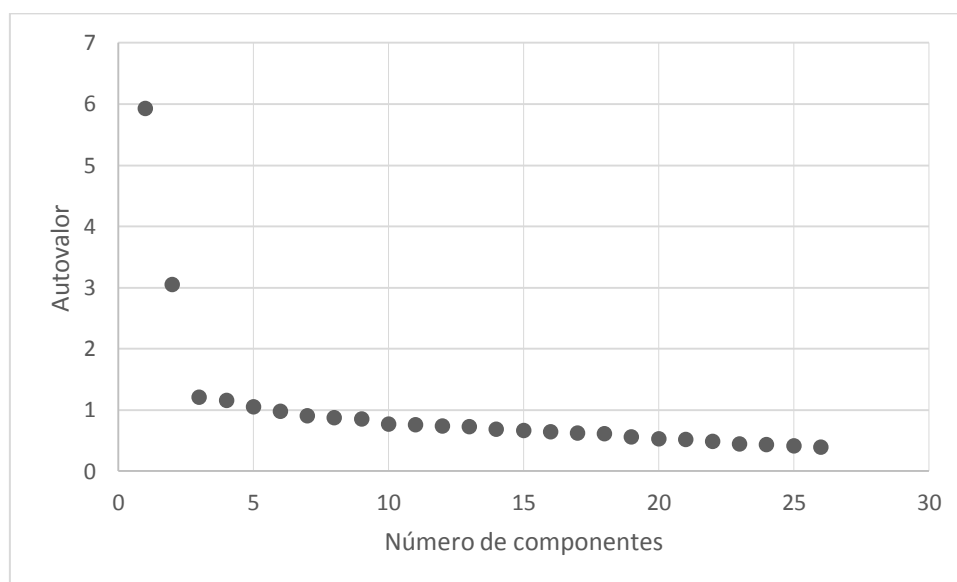
Con el objetivo de realizar una primera aproximación a la estructura de la escala con el actual grupo se examinaron las correlaciones bivariadas entre la puntuación total y los 26 ítems de la escala y también entre la puntuación total, la edad, las subescalas y la autocompasión negativa (*self-coldness*) y la autocompasión positiva (*self-warmth*) a través del índice de correlación de Spearman (ρ). Los resultados pueden verse en la tabla 29.

A continuación, se realizó un análisis exploratorio, y por último se testaron los diferentes modelos existentes en la literatura a través de análisis factoriales confirmatorios.

2.2. Análisis factorial exploratorio

Inicialmente se realizó un análisis factorial exploratorio para observar la distribución de los ítems en un modelo sin restricciones. Tras observar el gráfico de sedimentación (figura 1), se tomó como referencia un primer autovalor igual a 1 que extraía 5 factores. Esta forma de extraer los factores ha sido ampliamente utilizada y recomendada en la literatura existente (Braeken y Van Assen, 2017; Kaiser, 1960).

Figura 1. Gráfico de sedimentación del análisis factorial exploratorio de la Escala de Autocompasión



2.2.1. Resultados del análisis factorial exploratorio

Como se puede observar en la tabla 25, los factores extraídos explicarían el 47,65% de la variabilidad del constructo, muy próximo al 50% que es lo que sería considerado un porcentaje aceptable (Merenda, 1997).

El análisis factorial exploratorio revelaría un primer factor que englobaría los ítems originalmente de la escala de aislamiento 13, 25, 18; los ítems 26, 6, 2 y 20, originalmente de la escala de sobreidentificación; y los ítems 21 y 16 de la escala de autojuicio. Un segundo factor incluiría los ítems 12, 19 y 5 de la escala de autoamabilidad; y algunos de los ítems de la escala original de mindfulness (17 y 22). El factor 3 incluiría los ítems 8, 1, 11 de la escala de autojuicio; y también los ítems 21 y 16 parcialmente, aunque con un peso menor que sobre el factor 1. El factor 4 explicaría preferencialmente los ítems 7, 10, 3 y 15 de humanidad compartida. En el factor 5 estarían los ítems 9, 14 de mindfulness y los ítems 23 y 26 de amabilidad para con uno mismo.

En resumen, parece que hay un primer factor que concentraría ítems asociados a la autocompasión negativa, aglutinando ítems de las escalas aislamiento, sobreidentificación y autojuicio. Un segundo factor donde se solaparían ítems de amabilidad para con uno mismo y mindfulness. Y un tercer factor donde estarían algunos ítems asociados a autojuicio.

El ítem 22 muestra un comportamiento extraño; ya que carga con un peso similar y con mismo signo positivo sobre el factor 2 y 3, siendo el factor 2 asociado a ítems de autocompasión positiva y estando el factor 3 asociado a autojuicio, componente de la autocompasión negativa. En las conclusiones se discutirán posibles explicaciones de este hallazgo.

Tabla 25. Matriz de componentes rotados, pesos factoriales y varianzas (parciales y acumuladas) correspondiente a la solución factorial de los ítems de la escala de autocompasión

	FACTORES				
	1	2	3	4	5
AC13aisl. Cuando estoy bajo de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo	0,706				
AC25aisl. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso	0,692				
AC18aisl. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil	0,670				
AC24s. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.	0,614				
AC6s. Cuando fallo en algo importante para mí, me siento muy incapaz	0,584				
AC2s. Cuando me siento bajo de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal	0,575		0,379		
AC21aj. Puedo ser un poco cruel conmigo mismo cuando lo estoy pasando mal	0,539		0,381		
AC16aj. Cuando veo aspectos de mí mismo que no me gustan, me critico continuamente	0,521		0,392		
AC4aisl. Cuando pienso en mis limitaciones, tiendo a sentirme más separado y aislado del resto del mundo	0,429		0,313		
AC20s. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos	0,331		0,304		
AC12aa. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, intento tratarme bien y con cariño		0,774			
AC19aa. Soy amable conmigo mismo cuando estoy experimentando sufrimiento		0,693			
AC5aa. Intento tratarme bien a mí mismo cuando me siento mal (triste, nervioso)		0,669			
AC17m. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva		0,434			0,358
AC22m. Cuando me siento triste intento observar mis propios sentimientos con curiosidad		0,349	0,337		
AC8aj. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro conmigo mismo			0,672		
AC1aj. Me critico duramente por mis fallos e incapacidades	0,353		0,564		
AC11aj. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi forma de ser que no me gustan			0,549		
AC7hc. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo				0,765	
AC10hc. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad				0,757	
AC3hc. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir				0,562	

AC15hc. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana				0,491	0,309
AC9m. Cuando algo no me gusta trato de mantenerme tranquilo					0,741
AC14m. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación		0,363			0,540
AC23aa. Tolero bien mis propios defectos e imperfecciones o debilidades					0,535
AC26aa. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi forma de ser que no me gustan		0,395			0,456
Varianza (%)	14,39	10,01	8,17	7,8	7,18
Varianza acumulada (%)	14,39	24,48	32,66	40,46	47,65

Solo se muestran coeficientes por encima de 0,3

2.3. Análisis factorial confirmatorio

Como se ha expresado en la introducción teórica, se han propuesto distintos modelos estructurales para la escala de autocompasión. En el primer estudio que explicaba el desarrollo de la escala se abogó por una estructura jerárquica de seis factores y uno de segundo orden (Neff, 2003b). Los modelos jerárquicos abogan por que el factor de orden superior explica la intercorrelación entre los factores de orden inferior. Expresado de otro modo, el factor de orden superior influye sobre las respuestas individuales de los ítems exclusivamente a través de los factores de primer orden. Sin embargo, esta estructura de la escala fue puesta en duda por varios autores (Costa et al., 2016; López et al., 2015; Williams, M. J. et al., 2014).

A partir de dichos estudios, se han propuesto diversos modelos estructurales de la escala: un modelo de seis factores relacionados (Williams, M.J. et al., 2014); un modelo de dos factores que agrupan por un lado a los ítems positivos (*self-warmth* o también llamado por Neff *self-compassionate responding* o SCR) y, por otro, a los ítems negativos (*self-coldness* o *uncompassionate self-responding* o RUS²) (López et al., 2015) que solo ha sido testado a través

² Aclararíamos que nos decantamos de aquí en adelante por el uso de los términos *self-warmth* y *self-coldness*; ya que el término *self-uncompassionate responding* induce a pensar que es un tipo de respuesta neutra, es decir, que esa subescala recoge la ausencia de buen trato hacia uno mismo cuando, en realidad, los ítems se refieren a un trato crítico hacia uno mismo.

de análisis exploratorios o un modelo de dos factores con errores relacionados (Costa et al., 2015).

En las últimas publicaciones en las que ha participado Neff refiriéndose a esta cuestión (Neff, 2016; Neff et al., 2017, 2018), ha abogado por un modelo bifactorial. Un modelo bifactorial rechaza que haya factores de primer o de segundo orden, sino que están al mismo nivel. Cada ítem puede guardar asociaciones individuales con un factor específico o con factores generales. Por ejemplo, en la presente escala, el ítem 5 de la escala de autoamabilidad o amabilidad con uno mismo (“Intento tratarme bien a mí mismo cuando me siento mal) podría guardar una relación tanto con un factor general de la escala (ej. Autocompasión) o con su factor específico (amabilidad con uno mismo). Siguiendo este modelo, Neff ha encontrado buenos índices de ajuste que, en su opinión, justifican el uso de la puntuación total de la escala.

En cualquier caso, la mayoría de estos estudios se han hecho con muestras de adultos y se estimó oportuno evaluar qué modelo estructural podría explicar mejor los datos en la presente muestra compuesta por adolescentes; y de ese modo tener en cuenta estos resultados para utilizar las puntuaciones de la escala del modo más apropiado en los diferentes análisis.

Previamente a examinar la estructura, se comprobó si los datos cumplían los requisitos necesarios para realizar un análisis factorial (Arias Martínez, 2008). Estos supuestos son los siguientes:

- 1. Nivel de medida.** La escala está construida con un formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta, lo que cumpliría con los requisitos recomendados.
- 2. El número mínimo de valores de cada indicador debe ser de cuatro.** Cuatro de las seis subescalas de la escala de autocompasión tienen cuatro indicadores (humanidad compartida, mindfulness, aislamiento y sobreidentificación) y, dos de las escalas tienen

cinco (amabilidad con uno mismo y autojuicio), con lo que la escala y sus subescalas cumplirían con el requisito.

3. Distribución normal y control de outliers. Los datos deberían cumplir con los siguientes requisitos:

3.1. Control de outliers. Previo a realizar cualquier transformación se comprobó la existencia de outliers. Se consideran outliers, a aquellas puntuaciones que se alejan más de tres desviaciones típicas de la media. No se encontraron valores tan alejados en ninguna de las subescalas ni en la puntuación total.

3.2. Normalidad multivariada. Se calculó la distancia de Mahalanobis al cuadrado (D^2) para estimar casos que no cumplieran con este supuesto. Se consideran valores atípicos, valores por debajo de 0,001. Se eliminaron 4 casos que no cumplían con el supuesto. Además, se realizó la transformación logarítmica ($\log_{10}X$) que es la más común en estos casos para controlar dicho requisito y cualquier problema de asimetría en los datos (Hair et al., 2006).

3.3. Homocedasticidad. Se comprobó a través de dispersigramas bivariados la falta de homocedasticidad en los datos recogidos.

3.4. Multicolinealidad. Se puso a prueba el supuesto de colinealidad entre todos los ítems y se obtuvo la matriz de correlaciones entre todos los ítems de la escala (tabla 29). Se pudo comprobar que la correlación más alta era de 0,49 ($p < 0,001$), estando muy alejada de una correlación por encima de 0,90 que es lo que sería considerado colinealidad.

3.5. Modelos supraidentificados. Los grados de libertad presentados en el modelo son mayores que el número de parámetros a estimar.

3.6. Número de observaciones. El número de observaciones es de 665, muy superior a los 150 que es valor mínimo considerado suficiente por Kline (2005), así mismo cada parámetro estimado cuenta con más de 20 participantes, uno de los requisitos también señalado por Kline.

3.7. Número de indicadores del modelo. En ninguno de los modelos examinados en el presente estudio se superan los 30 indicadores, por lo que se pueden considerar todos modelos eficaces (Bentler y Chu, 1987).

3.8. Índice KMO y prueba de esfericidad. El valor obtenido en el índice de Keyser Meyer Olkin (KMO=0,89) es $> 0,60$, lo que indica que las correlaciones entre pares de ítems no pueden ser explicadas por otros ítems. La prueba de esfericidad de Barlett tiene una $p < 0,001$ lo que revela que los ítems están correlacionados entre sí y que los análisis factoriales exploratorios o confirmatorios son realizables. La tabla 26 recoge las correlaciones entre los diferentes componentes, subescalas y la escala completa y la tabla 29 recoge las correlaciones entre los distintos ítems.

Tabla 26. Correlaciones entre los componentes de la escala

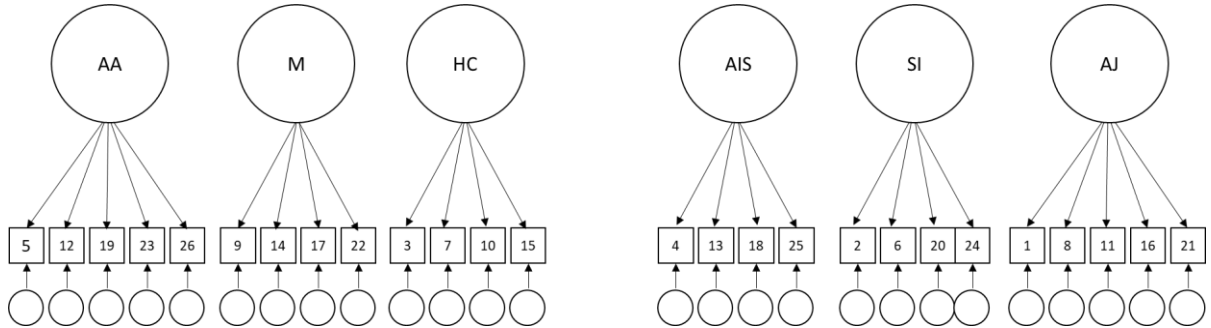
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Autojuicio	1	0,59	0,07 ^a	0,57	-0,40	-0,18	-0,24	0,86	-0,69
2.Sobreidentificación		1	0,03 ^a	0,61	-0,32	-0,20	-0,22	0,85	-0,71
3.Humanidad Compartida			1	0,06 ^a	0,33	0,37	0,70	0,06 ^a	0,37
4.Aislamiento				1	-0,36	-0,25	-0,25	0,85	-0,72
5.Autoamabilidad					1	0,57	0,85	-0,43	0,75
6.Mindfulness						1	0,80	-0,25	0,64
7.Autocompasión positiva							1	-0,28	0,76
8.Autocompasión negativa								1	-0,83
9.Autocompasión total									1

^a $p > 0,05$. El resto de las correlaciones $p < 0,001$

Una vez comprobados todos estos requisitos, se llevaron a cabo los siguientes análisis factoriales confirmatorios con las puntuaciones transformadas, para evaluar la estructura de la escala en esta población concreta de adolescentes. El procedimiento seguido es muy similar al que siguió Neff (2017) para contrastar la estructura de la escala con cuatro muestras diferentes de sujetos.

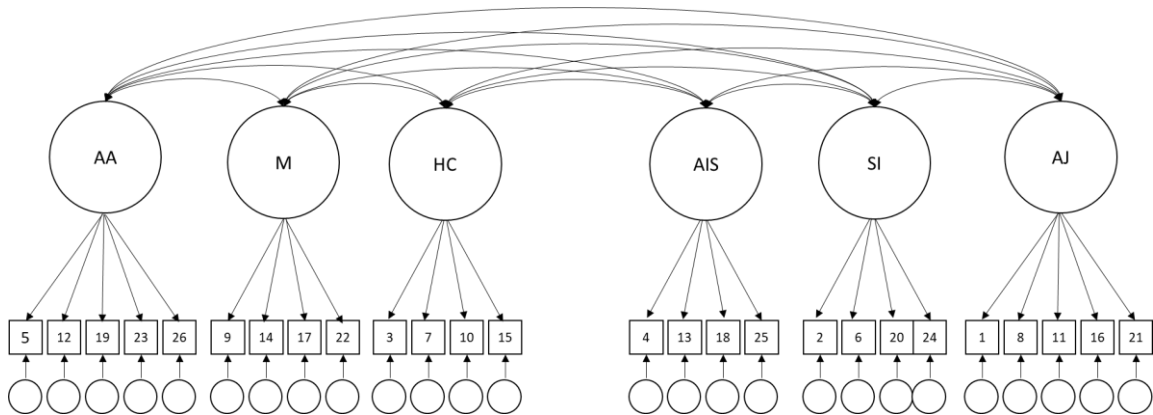
En las figuras 2 a 10 ambas inclusive, se muestran de manera gráfica los modelos que fueron contrastados y en la tabla 27 se muestran los índices de ajuste de cada modelo.

Figura 2. *Modelo 1*. Representación gráfica del análisis factorial de seis factores independientes



AA: Autoamabilidad; M: Mindfulness; HC: Humanidad Compartida; AIS: Aislamiento; SI: Sobreidentificación; AJ: Autojuicio. Los números corresponden a la numeración de los ítems en la escala original.

Figura 3. *Modelo 2*. Representación gráfica del modelo de seis factores relacionados entre sí



AA: Autoamabilidad; M: Mindfulness; HC: Humanidad Compartida; AIS: Aislamiento; SI: Sobreidentificación; AJ: Autojuicio. Los números corresponden a la numeración de los ítems en la escala original.

Figura 4. *Modelo 3*. Representación gráfica del modelo de seis factores con dos de orden superior. Modelo jerárquico

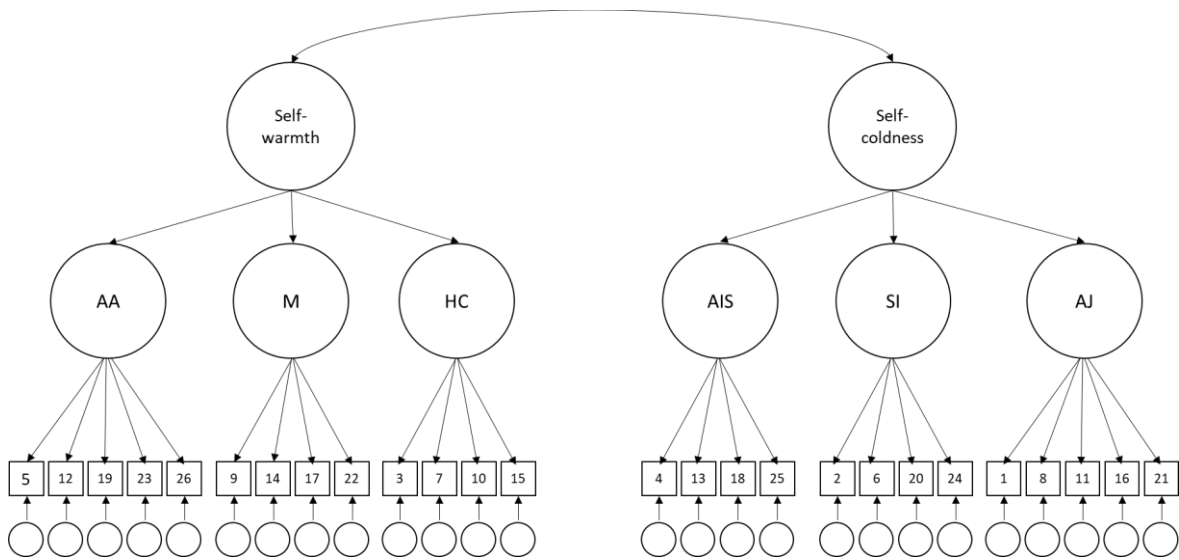


Figura 5. *Modelo 4*. Representación gráfica del modelo de seis factores con dos de orden superior. Bifactorial

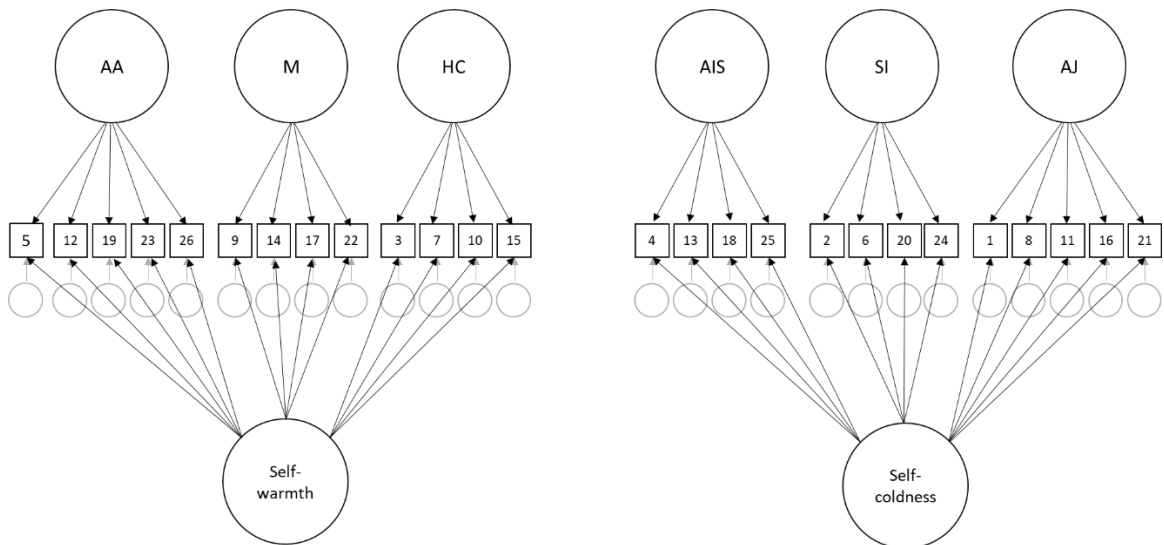


Figura 6. Modelo 5. Representación gráfica del modelo de seis factores con uno de orden superior

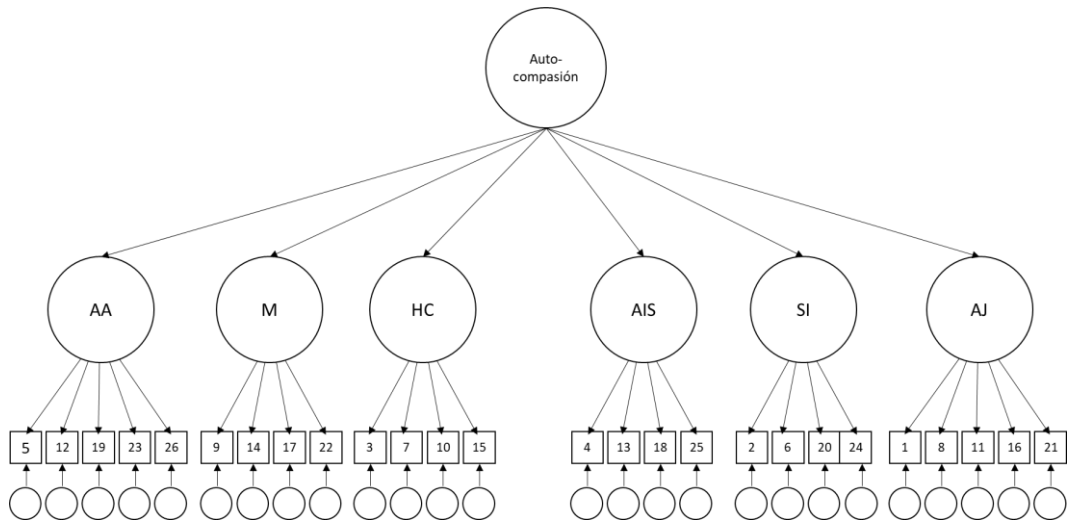


Figura 7. Modelo 6. Representación gráfica del modelo de seis factores con uno de orden superior.

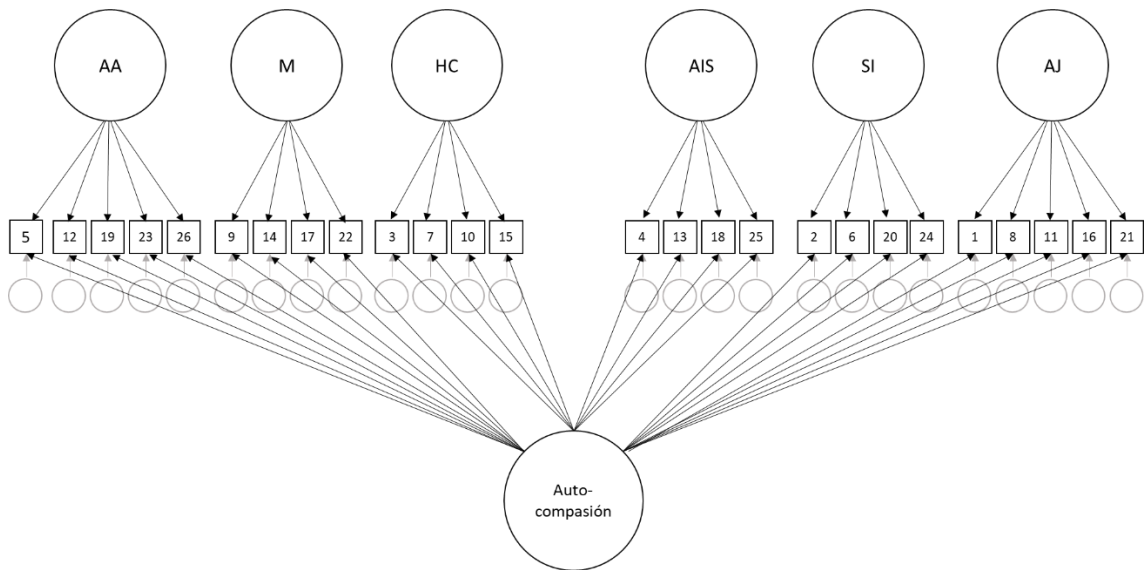


Figura 8. *Modelo 7*. Representación gráfica del modelo de seis factores con dos de orden superior y un factor más de orden superior

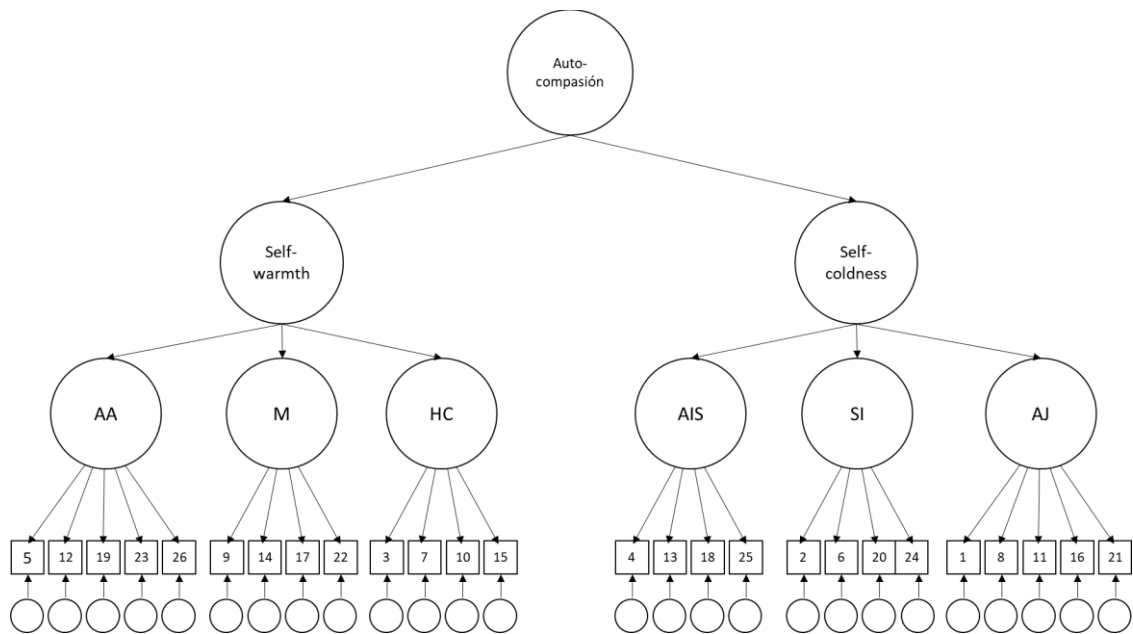


Figura 9. *Modelo 8*. Representación gráfica del modelo de un factor

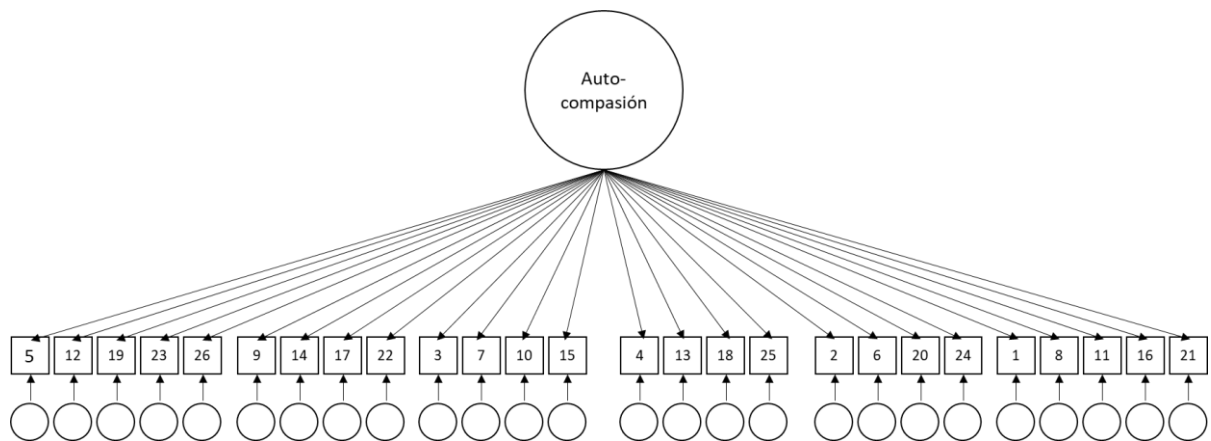
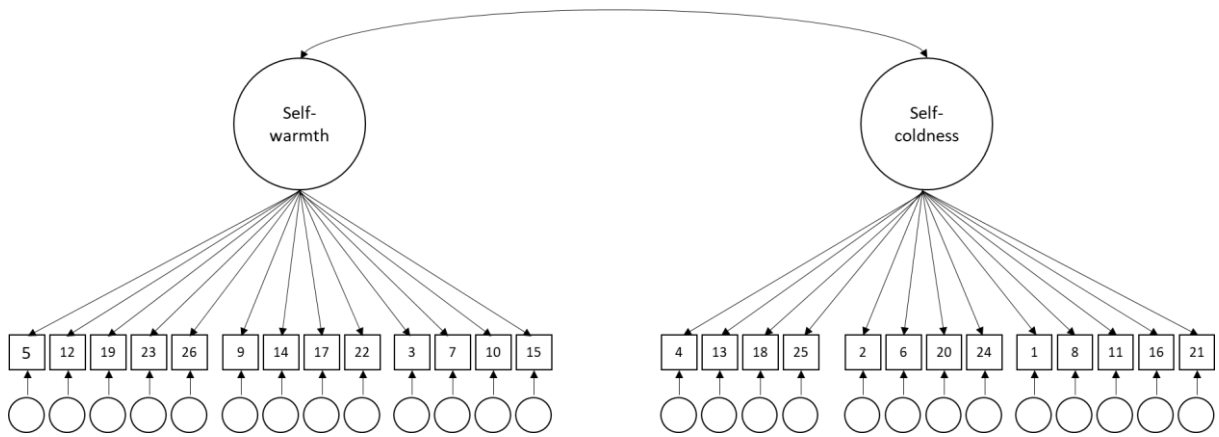


Figura 10. *Modelo 9*. Representación gráfica del modelo de dos factores relacionados



Self-warmth corresponde a la puntuación de las subescalas positivas de la autocompasión y *self-coldness* a la puntuación de las subescalas negativas.

Tabla 27. Índice de ajuste de los modelos

	χ^2	<i>g.l.</i>	$\chi^2/g.l$	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i> [90% <i>CI</i>]	<i>AIC</i>
<i>Modelo 1.</i> 6 factores independientes	1947,634	299	6,51	0,590	0,09	2103,634
<i>Modelo 2.</i> 6 factores relacionados	612,930	284	2,16	0,913	0,042	798,930
<i>Modelo 3.</i> 6 factores y 2 de orden superior	994,856	304	3,27	0,828	0,059	1140,856
<i>Modelo 4.</i> 6 factores y 2. Bifactorial	729,580	279	2,61	0,888	0,049	925,580
<i>Modelo 5.</i> 6 factores y 1 de nivel superior	1671,058	299	5,59	0,658	0,083	1827,058
<i>Modelo 6.</i> 6 factores y 1. Bifactorial	761,398	270	2,81	0,875	0,052	975,398
<i>Modelo 7.</i> 6 factores, 2 factores y 1 de orden superior	1156,042	322	3,59	0,862	0,063	1322,042
<i>Modelo 8.</i> Un factor	1680,069	299	5,62	0,636	0,084	1836,069
<i>Modelo 9.</i> Dos factores relacionados	925,791	298	3,11	0,844	0,056	1083,572

En la literatura existente existe discrepancia entre cuáles son los mejores índices para evaluar el ajuste de un modelo (Hoyle, 2000). Por ello, se considera que lo más apropiado es utilizar una combinación de varios índices para evaluarlo (Bentler y Chu, 1987). A continuación, se describen cuáles fueron los índices utilizados para evaluar el modelo y los valores críticos de referencia:

- χ^2 . Indica el ajuste general del modelo. Para interpretarlo correctamente debe tomarse en cuenta por un lado su significación que no debería ser significativo, y la relación entre χ^2 y los grados de libertad; ya que muestras elevadas, como la empleada en el presente estudio, pueden ayudar a encontrar un χ^2 estadísticamente significativo, sin

que ello suponga que el modelo se ajusta a los datos. Por tanto, un modelo ajustado sería aquel con un χ^2 lo más bajo posible. Dependiendo del autor consultado, la división entre $\chi^2/g.l.$ debería tener distintos valores de referencia. Byrne (1989), cuyo criterio es el más restrictivo de todos, lo fija en igual o menor a 2. Carmines y McIver (1981) lo sitúan en menor o igual a 3. Wheaton et al. (1977) y Bentler (1989) apuntan a que valores menores o igual a 5 son valores aceptables.

- **CFI y GFI.** El ajuste del modelo será más adecuado cuanto más se acerque a 1. Bentler y Chu (1987) consideran que valores por encima de 0,90 indican un ajuste satisfactorio y valores superiores a 0,95 un ajuste óptimo.
- **RMSEA.** Browne y Cudeck (1992) consideran que modelos cuyo RMSEA supere 0,10 son modelos rechazables; valores entre 0,08 y 0,10 serían suficientes, valores entre 0,06 y 0,08 son aceptables; y óptimos si sus valores están por debajo de 0,05.
- **AIC.** El criterio de información de Akaike (1998) es un criterio comparativo entre modelos. Aquellos que tengan un valor menor son los más probables de ser replicados en otras muestras.

Atendiendo a los resultados, podríamos extraer dos conclusiones. En primer lugar, las escalas están significativamente relacionadas y los ítems tienden a agruparse en dos conjuntos dependiendo de su valencia, positiva o negativa.

Atendiendo a estos criterios el modelo que presentaría un ajuste óptimo sería el de 6 factores relacionados. Los modelos bifactoriales de 6 factores más 2; y el de 6 factores más 1 tendrían un ajuste aceptable siendo bastante próximo a óptimo. El modelo de dos factores relacionados también obtendría un ajuste aceptable.

En la tabla 28, se muestran los pesos de las regresiones sobre los factores de los modelos que obtuvieron el mejor ajuste. Los criterios para considerar una carga aceptable sobre el factor son diferentes dependiendo de los autores de referencia, pudiendo

considerarse buenas a partir de 0,32 (Tabachnick y Fidell, 2007) o a partir de 0,55 (Comrey y Lee, 1992). En el primer caso, una carga sobre el factor de 0,32 indicaría que aproximadamente un 10% de la varianza del ítem sería explicada por el factor; y en el segundo caso que aproximadamente el 30% de la varianza del ítem sería explicada por el factor.

Como se puede observar en la tabla 28, en el modelo de seis factores relacionados los pesos de regresión de todos los ítems a los factores estuvieron entre 0,39 y 0,70 lo que podríamos considerar aceptable. Esto solo no ocurrió en el ítem 22 (“Cuando me siento triste intento observar mis propios sentimientos con curiosidad”), ítem que también presentó problemas en el análisis exploratorio. Todos los ítems obtuvieron un valor de $p < 0,001$.

En el modelo de dos factores relacionados, todos los ítems guardaron unos pesos estandarizados significativos con un valor de $p < 0,001$. Veintitrés de los veintiséis ítems obtuvieron unos pesos de la regresión entre 0,34 y 0,68. Los ítems 3, 7 y 22 estuvieron por debajo de 0,32 que se consideraría aceptable. En resumidas cuentas, su correspondiente factor apenas explicaría el 7,84% de la variabilidad del ítem en el mejor de los casos. Posibles explicaciones para estos resultados serán expuestas en el siguiente apartado.

Los modelos bifactoriales presentaron unos índices de ajuste generales satisfactorios. Sin embargo, los pesos de los ítems sobre los factores presentaron algunos problemas de ajuste al modelo, principalmente ítems con valores negativos en los pesos de las regresiones estandarizadas. Estos problemas se solucionaron cuando se permitió la covariación entre los factores teóricamente relacionados (amabilidad con uno mismo-autojuicio, mindfulness-sobreidentificación, humanidad compartida-aislamiento). El modelo bifactorial de dos factores relacionados, a pesar de presentar un buen índice de ajuste general, mostró problemas en los pesos de las regresiones hacia los factores específicos y hacia los factores generales con valores negativos o valores absurdos, no congruentes con el modelo teórico (por ejemplo, superiores a 4), en los análisis no estandarizados. Por tanto, se desestimó este modelo.

Tabla 28. Peso de las regresiones de cada uno de los ítems sobre sus factores en los distintos modelos testados

	6FR	6F+1 bifactorial		2 Factores relacionados
		FE	FG	
<u>Amabilidad con uno mismo</u>				
5. Intento tratarme bien a mí mismo...	0,57	0,54	0,37	0,57
12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal...	0,61	0,52	0,43	0,62
19. Soy amable conmigo mismo cuando estoy....	0,66	0,46	0,48	0,65
23. Tolero bien mis propios defectos....	0,59	0,16	0,54	0,58
26. Trato de ser comprensivo y paciente...	0,61	0,26	0,50	0,61
<u>Humanidad compartida</u>				
3. Cuando las cosas me van mal...	0,40	0,39	0,02 ^a	0,18
7. Cuando estoy desanimado y triste....	0,59	0,59	0,14 [*]	0,28
10. Cuando me siento incapaz de alguna manera....	0,70	0,73	0,12	0,34
15. Trato de ver mis defectos como parte...	0,45	0,34	0,30	0,43
<u>Mindfulness</u>				
9. Cuando algo no me gusta, trato de mantenerme....	0,39	0,12 [*]	0,36	0,40
14. Cuando me sucede algo doloroso....	0,58	0,35	0,44	0,57
17. Cuando fallo en algo importante para mí....	0,58	0,32	0,51	0,56
22. Cuando me siento triste....	0,27	0,26	0,11 [*]	0,26
<u>Autojuicio</u>				
1. Me critico duramente por mis fallos...	0,55	0,41	0,44	0,54
8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a...	0,43	0,37	0,25	0,37
11. Soy intolerante e impaciente con...	0,48	0,23	0,40	0,45
16. Cuando veo aspectos de mí mismo que no..	0,69	0,40	0,59	0,66
21. Puedo ser un poco cruel conmigo mismo...	0,68	0,32	0,61	0,68
<u>Aislamiento</u>				
4. Cuando pienso en mis limitaciones....	0,51	0,15 [*]	0,45	0,50
13. Cuando estoy bajo de ánimo, tiendo a pensar que...	0,64	0,32	0,57	0,61
18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a...	0,50	0,45	0,41	0,47
25. Cuando fallo en algo importante para mí....	0,65	0,17 [*]	0,60	0,64
<u>Sobreidentificación</u>				
2. Cuando me siento bajo de ánimo....	0,66	0,24	0,63	0,66
6. Cuando fallo en algo importante para mí....	0,57	0,24	0,59	0,60
20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por...	0,33	0,22	0,32	0,33
24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer...	0,55	0,18	0,51	0,54

6FR=Modelo de seis factores relacionados; 6F+2= Modelo bifactorial de seis factores y dos correspondientes a *self-warmth* y *self-coldness*; 6F+1= Modelo bifactorial de seis factores y uno correspondiente a autocompasión y 2FR= Modelo de dos factores relacionados. FE se refiere a factor específico en el modelo y FG a factor global en el modelo. * p entre 0,001 y 0,05. ^a $p > 0,05$.

Cuando se examinó la fiabilidad a través del índice omega, un valor indicado para evaluar la fiabilidad de modelos jerárquicos se obtuvieron valores de 0,86 para el total de la escala y de 0,82 para el modelo jerárquico, lo que podríamos considerar valores muy satisfactorios.

Dados estos resultados, se considera apropiado tanto el uso de la puntuación global, como el de las subescalas *self-warmth* y *self-coldness* como las puntuaciones de los componentes (autoamabilidad, humanidad compartida, mindfulness, autojuicio, aislamiento y sobreidentificación) para los futuros análisis dependiendo del objeto de la investigación. En cualquier caso, sí se considera recomendado, siempre que sea posible, el uso de las subescalas *self-warmth* y *self-coldness* para obtener una información más completa de las relaciones entre autocompasión y las otras variables examinadas.

Tabla 29. Correlaciones entre los ítems y la puntuación total en la escala

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
0.Total AC	1																										
AC1-AJ	-.46**	1																									
AC2-SI	-.61**	.38**	1																								
AC3-HC	.14**	.11**	.09*	1																							
AC4-AI	-.46	.29**	.37**	.10**	1																						
AC5-AA	.48**	-.15**	-.22**	.12**	-.12**	1																					
AC6-SI	-.54**	.30**	.43**	.06	.29**	-.14**	1																				
AC7-HC	.24**	.04	-.02	.22**	.03	.18**	.03	1																			
AC8-AJ	-.30**	.28**	.29**	.07	.16**	-.03	.24**	.09*	1																		
AC9-M	.42**	-.08	-.16	.07	-.14**	.19**	-.13**	.06	-.09*	1																	
AC10-HC	.24**	.04	.03	.30**	.05	.19**	.02	.47**	.13**	.06	1																
AC11-AJ	-.42**	.26**	.28**	.03	.25**	-.14**	.29**	.07	.23**	-.09*	.039	1															
AC12-AA	.52**	-.18	-.22	.05	-.15**	.49**	-.15**	.09*	-.06	.19**	.19**	-.14**	1														
AC13-AI	-.56**	.25**	.40**	.09*	.28**	-.12**	.36**	.05	.15**	-.14**	.040	.24**	-.20**	1													
AC14-M	.50**	-.04	-.20	.15**	-.12**	.25**	-.12**	.18**	-.01	.29**	.21**	-.12**	.39**	-.21**	1												
AC15-HC	.40**	-.06	-.11	.21**	-.07	.22**	-.09*	.24**	.02	.16**	.28**	-.08*	.18**	-.09*	.31**	1											
AC16-AJ	-.58**	.46**	.39**	.07	.32**	-.17**	.36**	.03	.27**	-.20**	.08*	.31**	-.24**	.38**	-.21**	-.10*	1										
AC17-M	.52**	-.16	-.18	.09*	-.17**	.27**	-.20**	.15**	-.01	.26**	.18**	-.046	.35**	-.25**	.36**	.23**	-.26**	1									
AC18-AI	-.42**	.17**	.29**	.07	.25**	-.050	.30**	.11**	.14**	-.14**	.15**	.17**	-.11**	.40**	-.11**	-.04	.29**	-.12**	1								
AC19-AA	.55**	-.15	-.21	.08*	-.15**	.41**	-.19**	.16**	-.09*	.23**	.21**	-.15**	.49**	-.20**	.31**	.27**	-.24**	.36**	-.07	1							
AC20-SI	-.31**	.19**	.24**	.08*	.18**	-.020	.21**	.03	.15**	-.14**	.08*	.16**	-.01	.16**	-.02	.014	.20**	-.05	.14**	-.04	1						
AC21-AJ	-.61**	.37**	.39**	.05	.34**	-.22**	.38**	.06	.31**	-.14**	.03	.32**	-.29**	.42**	-.17**	-.08*	.49**	-.29**	.28**	-.30**	.23**	1					
AC22-M	.19**	.06	.04	.13**	.08*	.16**	.05	.21**	.14**	.05	.22**	.03	.15**	.05	.20**	.20**	.04	.09*	-.03	.23**	.08	.02	1				
AC23-AA	.58**	-.20**	-.27	.08*	-.27**	.32**	-.22**	.14**	-.13**	.28**	.11**	-.30**	.26**	-.26**	.35**	.25**	-.30**	.32**	-.18**	.33**	-.13**	-.31	.12**	1			
AC24-SI	-.50**	.26**	.38**	.02	.24**	-.12**	.30**	.05	.12**	-.16**	.03	.20**	-.14**	.34**	-.12**	-.08*	.33**	-.17**	.30**	-.14**	.26**	.35**	.09*	-.21**	1		
AC25-AI	-.59**	.31**	.41**	.04	.29**	-.23**	.41**	-.02	.17**	-.15**	.04	.26**	-.21**	.43**	-.13**	-.08*	.42**	-.22**	.33**	-.24**	.22**	.43**	-.04	-.26**	.37**	1	
AC26-AA	.55**	-.20	-.25	.09*	-.16**	.31**	-.20**	.12**	-.09*	.27**	.20**	-.27**	.34**	-.23**	.32**	.25**	-.22**	.32**	-.15**	.39**	-.05	-.22**	.13**	.43**	-.23**	-.23**	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$. Total AC- puntuación total de autocompasión. AA- Amabilidad para con uno mismo; HC- Humanidad Compartida; M- Mindfulness; AJ- Autojuicio, AI- Aislamiento; SI-Sobreidentificación

3. ESTUDIO 3. INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y DE LOS IGUALES EN EL DESARROLLO DE LA AUTOCOMPASIÓN

La literatura existente apunta a que el apego desarrollado y el afecto por parte de los padres puede tener un gran peso en el desarrollo de la autocompasión influyendo incluso en cómo el sistema nervioso autónomo puede responder ante sentimientos de inadecuación (Cunha et al., 2014; Gilbert et al., 2006; Pepping et al., 2015). Sin embargo, hasta el momento, apenas existen investigaciones que hayan examinado si el trato recibido por los iguales puede tener alguna influencia sobre la autocompasión. A través de los análisis de este apartado examinamos esta cuestión. Siendo coherentes con los resultados obtenidos en el análisis factorial, consideramos relevante contrastar estas puntuaciones en relación a la puntuación de la escala total de autocompasión, pero también respecto a autocompasión positiva (*self-warmth*) y autocompasión negativa (*self-coldness*).

3.1. Análisis correlacional entre la autocompasión, las medidas de aceptación y rechazo familiar y el buen o mal trato recibido de parte de los compañeros

Para evaluar esta cuestión, en primer lugar, se realizó un análisis de las correlaciones entre las variables examinadas que se muestra en la tabla 30. En este caso resultaba especialmente relevante evaluar cómo se relacionaban las medidas de autocompasión (autocompasión total, *self-coldness*, *self-warmth*), aceptación y rechazo familiar, los diferentes tipos de victimización y el buen trato recibido por compañeros.

Tabla 30. Correlaciones entre las variables examinadas en ambos grupos de edad. Arriba se muestran las correlaciones en el grupo de menor edad y abajo en el grupo de mayor edad

12-14 15-17	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Auto-compasión		0,76***	-0,84***	0,26***	-0,38***	-0,10*	-0,22***	-0,29***	-0,18**	0,13**
2. Self-warmth	0,77***		-0,28***	0,22***	-0,22**	-0,02	-0,11*	-0,16**	-0,07	0,12*
3. Self-coldness	-0,82***	-0,27***		-0,19***	0,38***	0,13**	0,23**	0,29***	0,20***	-0,10*
4. Aceptación familiar	0,36***	0,30***	-0,28***		-0,50***	-0,12*	-0,11*	-0,22***	-0,15**	0,17**
5. Rechazo familiar	-0,36***	-0,19*	0,37***	-0,49***		0,20***	0,19***	0,26***	0,07	-0,01
6. Violencia física	0	0,11	0,11	-0,06	0,07		0,45***	0,44***	0,30***	-0,22***
7. Violencia verbal	-0,08	0,08	0,18**	-0,02	0,20**	0,47***		0,68***	0,36***	-0,35***
8. Violencia social	-0,03	0,12	0,16*	-0,01	0,15*	0,42***	0,60***		0,33***	-0,38***
9. Violencia redes sociales	-0,11	-0,05	0,13*	-0,06	0,08	0,50***	0,35***	0,29***		-0,15**
10. Buen trato recibido	0,08	-0,01	-0,13 ^a	-0,09	0,06	-0,12	-0,16*	-0,15*	0,01	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; a $p = 0,06$

En una primera aproximación a la tabla 30 se puede observar con claridad un hecho destacado: existen más correlaciones significativas en las variables estudiadas en el grupo de menor edad que en el grupo de mayor edad. Observando con más detalle, en el grupo de mayor edad, la autocompasión correlacionó de manera significativa y de manera positiva con aceptación familiar; y de manera negativa con rechazo familiar. La puntuación de la subescala positiva de autocompasión (*self-warmth*) correlacionó de manera positiva con aceptación

familiar y de manera negativa con rechazo familiar. La autocompasión negativa (*self-coldness*) fue la medida que correlacionó con más variables de las examinadas. De este modo correlacionó de manera negativa con aceptación familiar y de manera positiva con rechazo familiar, violencia verbal, violencia social y violencia ejercida a través de internet o las redes sociales. Las medidas de aceptación y rechazo familiar correlacionaron significativamente con las medidas de autocompasión. No se encontró relación con los distintos tipos de violencia o con el buen trato recibido por compañeros.

En el grupo de menor edad, los alumnos que puntuaron alto en la variable de autocompasión también tendieron a hacerlo en aceptación familiar y en buen trato recibido por los compañeros. Se encontró una asociación significativa y negativa entre la autocompasión y el rechazo familiar, la victimización física, verbal, social y la sufrida a través de internet y las redes sociales. Coherente con estos resultados, se encontraron correlaciones significativas de signo positivo entre *self-warmth* y calor familiar y buen trato recibido por los compañeros; y de signo negativo con rechazo familiar, victimización verbal y social. La puntuación de los componentes negativos de la autocompasión (*self-coldness*) fue asociada negativamente de manera significativa con aceptación familiar y buen trato recibido por los compañeros; y de manera positiva con rechazo familiar, victimización física, victimización verbal, social y a través de redes sociales o internet.

En resumen, las puntuaciones de autocompasión están moderadamente asociadas a las variables de aceptación y rechazo familiar en ambos grupos de edad. Sin embargo, las puntuaciones relacionadas con victimización y buen trato por parte de los compañeros tienen una asociación más clara en el grupo de menor edad. Basado en estos resultados descriptivos, se procedió a realizar un análisis de regresión para estudiar si la relación con los compañeros, junto con la relación familiar, podían ayudar a predecir los niveles de autocompasión dependiendo de la edad.

3.2. Análisis de la influencia de las relaciones familiares y la influencia de los iguales sobre las medidas de autocompasión

En función de los resultados de los análisis correlacionales obtenidos se testaron distintos modelos de regresión. Se introdujeron como variables predictoras aquellas que habían mostrado correlaciones significativas con las medidas de autocompasión. En la tabla 31 se muestran los modelos de regresión que mostraron mejores ajustes y en los que se incluyeron solo las variables que añadieron valor predictivo a los modelos.

Tabla 31. Análisis de regresión jerárquicos sobre la variable autocompasión en ambos grupos de edad

	β Autocompasión	F	R^2
Grupo 1. 12-14 años			
Paso 1. Rechazo familiar	-0,39 (-,34) ***	70,36 ***	0,15
Paso 2. Victimización relacional	-0,21 ***	46,87 ***	0,19
Grupo 2. 15-17 años			
Paso 1. Rechazo familiar	-0,36 (-0,25) ***	27,30 ***	0,13
Paso 2. Aceptación familiar	0,23 **	18,65 ***	0,17

** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$. R^2 = valor ajustado. β = beta estandarizada. Entre paréntesis aparece la Beta Estandarizada del Rechazo familiar en el paso 2.

En el caso del grupo de menor edad, se descartaron del modelo de regresión sobre la autocompasión, las variables que no proporcionaban un cambio significativo en F , estas fueron: calor familiar, victimización física, victimización verbal, victimización a través de redes sociales e internet y buen trato recibido por los compañeros. Tomadas en conjunto, rechazo familiar y victimización relacional explicaron el 19% de la varianza. La variable que guardó una relación de mayor peso fue el rechazo familiar.

En el caso del grupo de mayor edad, ninguna de las variables examinadas asociadas a la relación con los compañeros, ya fuera buen trato o mal trato, añadieron valor significativo al modelo. El rechazo familiar y la aceptación familiar, tomados de manera conjunta, explicaron el 17% de la varianza encontrada en la autocompasión. Una vez se introdujo, la aceptación

familiar en el modelo, tanto el rechazo familiar como la aceptación familiar tuvieron un peso parecido en el modelo de regresión.

Como fue explicado en la introducción y tras la realización del análisis factorial con la presente muestra, se estimó oportuno evaluar cómo las diferentes variables examinadas podían contribuir a las variables *self-warmth* y *self-coldness* por separado; ya que realizar el análisis con la puntuación global de autocompasión podía enmascarar o compensar ciertos efectos específicos de las distintas variables. Los resultados sobre la variable *self-warmth* pueden observarse en la tabla 32 y sobre la variable *self-coldness* en la tabla 33.

Tabla 32. Análisis de regresión jerárquicos sobre la variable *self-warmth* en ambos grupos de edad

	β Self-warmth	F	R ²
Grupo 1. 12-14 años			
Paso 1. Rechazo familiar	-0,23 ^{***} (-0,15 ^{**} ; -0,13 [*])	20,64 ^{***}	0,05
Paso 2. Aceptación familiar	0,14 [*] (0,13 [*])	6,24 ^{***}	0,06
Paso 3. Victimización relacional	-0,13 [*]	5,14 ^{***}	0,07
Grupo 2. 15-17 años			
Paso 1. Aceptación familiar	0,29 ^{***}	17,28 ^{***}	0,09
Paso 2. Rechazo familiar	-	-	-

***p<0,001. R² = valor ajustado. β = beta estandarizada. Entre paréntesis aparece la Beta Estandarizada del Rechazo familiar en los pasos 2 y 3.

En el caso del grupo de menor edad, podemos observar que el rechazo familiar, la aceptación familiar y la victimización relacional resultaron variables predictivas de *self-warmth*. Sin embargo, tomadas en conjunto, solo explicaron el 7% de la varianza encontrada. En el caso del grupo de mayor edad, solo la aceptación familiar fue un predictor significativo de *self-warmth*. En cualquier caso, éste solo explicó el 9% de la varianza encontrada.

Los resultados sobre los análisis de regresión realizados sobre *self-coldness* se muestran en la tabla 33.

Como se puede observar en la tabla 33, el rechazo familiar, la victimización relacional y la victimización a través de redes sociales fueron las variables que mejor explicaron la variable *self-coldness* en el grupo de menor edad. Sin embargo, en el grupo de mayor edad, solo las variables relacionadas con la aceptación y el rechazo familiar añadieron un valor explicativo al modelo, explicando un 13% de la variabilidad.

Tabla 33. Análisis de regresión jerárquicos sobre la variable *self-coldness* en ambos grupos de edad

	β <i>Self-coldness</i>	F	R ²
Grupo 1. 12-14 años			
Paso 1. Rechazo familiar	0,38 (0,33; 0,33)***	65,08***	0,142
Paso 2. Victimización relacional	0,19 (0,16)***	42,20***	0,176
Paso 3. Cibervictimización	0,10*	29,91***	0,183
Grupo 2. 15-17 años			
Paso 1. Rechazo familiar	0,37 (0,31)***	28,59***	0,132
Paso 2. Aceptación familiar	-0,12*	15,47***	0,137

*** $p < 0,001$. R² = valor ajustado. β = beta estandarizada. Entre paréntesis aparece por orden la Beta Estandarizada del Rechazo familiar y victimización relacional en el paso 2 y en el paso 3.

En resumen, podríamos concluir que existen diferencias en función de la edad, en cuanto a las variables que predicen la puntuación total de autocompasión, y las puntuaciones en *self-coldness* y *self-warmth*. Aparentemente, solo en el grupo de menor edad, las variables relacionadas con los compañeros, especialmente los casos de victimización social o cibervictimización, son capaces de añadir un valor explicativo significativo al modelo. Por último, las variables examinadas explican un mayor porcentaje de la variabilidad observada en los componentes negativos de la autocompasión (*self-coldness*) que en los componentes positivos (*self-warmth*).

4. ESTUDIO 4. RELACIÓN ENTRE AUTOCOMPASIÓN Y AUTOESTIMA

Como se ha discutido en la introducción teórica, el concepto de autocompasión desde su origen en la psicología occidental se ha comparado de manera repetida con el de autoestima. Han surgido varias dudas, por ejemplo, si ambas variables eran distintas o en el fondo, medían constructos parecidos. Aparentemente la autocompasión prometía en su surgimiento un modo más saludable de relacionarnos con nosotros mismos que el de la autoestima (Neff y Vonk, 2009). También hay un gran ámbito por investigar sobre si ambas variables guardan relaciones diferenciales con el comportamiento interpersonal. En este estudio se ha analizado de manera exploratoria por un lado la relación entre la autoestima y la autocompasión; y por otro la relación de estas variables con otras de carácter interpersonal, como la prosociabilidad, el grado de violencia, la preferencia social o el grado de victimización.

4.1. Asociación entre la autocompasión y sus componentes y la autoestima

En primer lugar, se analizó cuál era la asociación entre los distintos componentes de la autocompasión y la autoestima. Debido a las diferencias encontradas en función del género en los análisis descriptivos y en la literatura existente, se realizó el análisis correlacional con el total de la muestra y también subdividiéndola en función del género como se muestra en la tabla 34.

Tabla 34. Correlaciones divididas por género y en el total de la muestra de la autoestima con la autocompasión y sus componentes, *self-warmth* y *self-coldness*

	Autoestima		
	Chicas	Chicos	Total de la muestra
Autojuicio	-0,54***	-0,41***	-0,49***
Sobreidentificación	-0,47***	-0,33***	-0,43***
Aislamiento	-0,56***	-0,34***	-0,48***
Hum. Compartida	0,15**	-0,04	0,06
Autoamabilidad	0,57***	0,38***	0,49***
Mindfulness	0,38***	0,20***	0,31***
<i>Self-warmth</i>	0,48***	0,25***	0,39***
<i>Self-coldness</i>	-0,62***	-0,43***	-0,55***
Autocompasión total	0,63***	0,48***	0,59***

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Atendiendo a la tabla 34, podemos concluir que la asociación entre la autoestima y la puntuación total de autocompasión es entre moderada y alta. En cualquier caso, ambas variables solo compartirían un 35% de la variabilidad con lo que podríamos concluir que son variables diferentes. En el caso de las chicas todos los componentes de la autocompasión guardaron una relación significativa con autoestima. Por el contrario, en el caso de los chicos el componente “Humanidad compartida” no guardó una relación significativa con la variable autoestima. En cualquier caso, esta relación encontrada en el grupo de las chicas fue pequeña. El peso de la asociación encontrada entre las variables fue diferente entre el grupo de los chicos y el de las chicas. En el caso de las chicas, la variabilidad compartida en las correlaciones bivariadas fue mayor tanto para la puntuación total de autocompasión, como para *self-warmth*, *self-coldness* y para los distintos componentes de la autocompasión.

En el grupo de las chicas la asociación entre la autoestima y la autocompasión es grande, mientras que, en el caso de los chicos la podríamos considerar moderada; y esto se observa tanto en los aspectos positivos como negativos de la autocompasión.

4.2. Predicción de los niveles de autoestima en base a los componentes de la autocompasión, el afecto positivo y el afecto negativo

La autocompasión ha sido planteada hasta el momento como una forma saludable de relacionarnos con nosotros mismos que puede ayudarnos a afrontar momentos de sufrimiento o a enfrentar sentimientos de inadecuación hacia nosotros mismos. En cualquier caso, hasta el momento no se han realizado estudios sobre qué componentes de la autocompasión contribuyen de manera más relevante a tener unos altos o bajos niveles de autoestima.

Tras conocer los resultados del análisis correlacional, se realizaron dos modelos de regresión, uno por cada género, para estimar cómo los componentes de la autocompasión y el afecto positivo y negativo podían ayudar a predecir los diferentes niveles de autoestima. Los resultados del análisis se muestran en la tabla 35.

Tabla 35. Análisis de regresión lineal de los diferentes componentes de la autocompasión, el afecto positivo y el afecto negativo sobre la autoestima

	β	F	R^2
Grupo 1. Chicos			
Autojuicio	-0,25***	49,84***	0,38
Autoamabilidad	0,17***		
Afecto positivo	0,34***		
Afecto negativo	-0,19***		
Grupo 2. Chicas			
Autojuicio	-0,20***	79,95***	0,54
Aislamiento	-0,19***		
Autoamabilidad	0,14**		
Afecto positivo	0,28***		
Afecto negativo	-0,23***		

*** $p < 0,001$. $B =$ Beta estandarizada.

En ambos modelos se descartó incluir los componentes que no resultaron significativos y que no añadían valor explicativo al modelo, estos fueron sobreidentificación, humanidad compartida y mindfulness. En el caso de las chicas el componente de aislamiento resultó ser un predictor significativo, pero no lo fue en el caso de los chicos.

Los modelos de regresión aplicados explicaban el 54% y el 38% de la variabilidad encontrada en la variable autoestima en el caso de las chicas y de los chicos respectivamente.

4.3. Estudio exploratorio comparativo entre la autoestima y la autocompasión en las variables interpersonales examinadas

Como se ha discutido en la introducción teórica, la autocompasión surgió como un concepto que defendía un modo más saludable de relacionarnos con nosotros mismos; y menos dependiente de la comparación social que la autoestima (Neff, 2003a). Esta dependencia de la comparación social y esfuerzo por aumentar la autoestima podía tener repercusiones negativas como mayor egocentrismo, narcisismo o falta de preocupación por los demás (Damon, 1995; Seligman, 1995). Los estudios que han abordado esta comparativa en los aspectos interpersonales de la autocompasión hasta el momento se han centrado en medidas autoinformadas, es decir, solo han preguntado al propio sujeto sobre su relación interpersonal, pero no han preguntado al entorno por estas capacidades interpersonales. En el presente estudio se ha abordado, de manera exploratoria, la asociación de la autoestima y la autocompasión con medidas auto y heteroinformadas sobre agresión, victimización, preferencia social y comportamiento prosocial. Los análisis se realizaron dividiendo por género la muestra debido a las diferencias encontradas en los análisis descriptivos. Los resultados se muestran en las tablas 36 y 37.

Tabla 36. Correlaciones entre las medidas de autoestima, *self-warmth*, *self-coldness*, autocompasión total y las medidas autoinformadas y heteroinformadas de convivencia en los chicos

		Autoestima	<i>Self-warmth</i>	<i>Self-coldness</i>	Autocompasión total
Medidas heteroinformadas	Como agresor	0,00	-0,07	0,05	-0,09
	Victimización	-0,20***	-0,04	0,12*	-0,12*
	Popularidad	0,09	0,05	0,05	-0,01
	Prosocialidad	0,10	0,13*	0,04	0,05
	Preferencia social recibida	0,19***	0,01	-0,04	0,04
Medidas autoinformadas	Victimización física	-0,15**	-0,01	0,18***	-0,14**
	Participación física	-0,04	-0,05	0,06	-0,07
	Victimización verbal	-0,31***	0,00	0,22***	-0,17**
	Participación verbal	-0,12*	-0,05	0,14**	-0,13*
	Victimización relacional	-0,39***	-0,06	0,34***	-0,29***
	Participación relacional	-0,15**	-0,04	0,18**	-0,16**
	Cyberbullying victimización	-0,11	-0,02	0,18***	-0,15**
	Cyberbullying participación	-0,01	-0,07	0,07	-0,10
	Buen trato recibido	0,21***	0,03	-0,13*	0,11*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabla 37. Correlaciones entre las medidas de autoestima, *self-warmth*, *self-coldness*, autocompasión total y las medidas autoinformadas y heteroinformadas de convivencia en las chicas

		Autoestima	<i>Self-warmth</i>	<i>Self-coldness</i>	Autocompasión total
Medidas heteroinformadas	Como agresor	0,01	-0,09	0,06	-0,09
	Victimización	-0,09	-0,02	0,09	-0,07
	Popularidad	0,04	-0,05	0,06	-0,07
	Prosocialidad	0,09	0,12*	-0,09	0,12*
	Preferencia social recibida	0,04	-0,06	-0,01	-0,02
Medidas autoinformadas	Victimización física	-0,07	0,04	0,06	-0,01
	Participación física	-0,05	-0,09	-0,00	-0,04
	Victimización verbal	-0,22***	-0,09	0,21***	-0,17***
	Participación verbal	-0,01	-0,12*	-0,01	-0,06
	Victimización relacional	-0,27***	-0,09	0,18***	-0,15**
	Participación relacional	-0,07	-0,12*	0,13**	-0,14**
	Cyberbullying victimización	-0,19***	-0,09	0,16**	-0,15**
	Cyberbullying participación	0,01	-0,12*	0,07	-0,10
	Buen trato recibido	0,21***	0,11*	-0,08	0,11*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

En cuanto a las medidas de agresividad y violencia, como aparece señalado en las tablas 36 y 37 no se encontró ninguna correlación significativa entre la autocompasión y sus subescalas o la autoestima y la puntuación heteroinformada de agresión hacia los demás ni en el grupo de chicas ni en el de chicos. Tampoco se encontró ninguna asociación entre la medida autoinformada de participación física en agresiones y las medidas mencionadas. En el caso de los chicos, participar en agresiones verbales con mayor frecuencia guardó una pequeña asociación con una menor autoestima, una mayor puntuación en *self-coldness* y una menor puntuación en autocompasión total. En el caso de las chicas, se encontró una correlación baja de signo negativo entre *self-warmth* y ejercer agresiones verbales.

En cuanto a la participación autoinformada en violencia social, aquellos alumnos con puntuaciones más bajas en autoestima y autocompasión; y más altas en *self-coldness*, tendieron a informar de participar con mayor frecuencia en este tipo de violencia. En el caso de las alumnas encuestadas, no se encontró asociación en participar en este tipo de violencia con la autoestima; pero sí con las subescalas de autocompasión y con la puntuación total de autocompasión. En cualquier caso, las asociaciones encontradas fueron pequeñas. En el caso de participar en agresiones a través de redes sociales e internet, solo en el caso de las chicas se encontró una correlación pequeña de signo negativo con *self-warmth*.

En lo referente a la victimización, se encontró una asociación pequeña en el grupo de los chicos entre ser señalado por los compañeros como posible víctima (victimización heteroinformada) y una más baja puntuación en autoestima, en autocompasión y una mayor puntuación en *self-coldness*. Ninguna de estas correlaciones se encontró en el grupo de las chicas.

Cuando se examinó la posible victimización a través de medidas autoinformadas, se encontraron asociaciones de tamaño similares en el grupo de chicos y en el de chicas. Sufrir agresiones verbales a través de insultos, motes o comentarios ofensivos estuvo significativamente asociado con una menor autoestima, menor autocompasión y mayor *self-coldness*.

Aquellos alumnos que sufrían agresiones físicas con más frecuencia, tendían a informar de menores niveles de autoestima, autocompasión y mayores de *self-coldness*. Sin embargo, no se encontró esta asociación en el grupo de las chicas, aunque se debería tener en cuenta que la variabilidad en la frecuencia de sufrir agresiones físicas en las chicas es bastante más baja como se expuso en los análisis descriptivos. Una menor variabilidad dificulta encontrar correlaciones significativas entre ambas variables.

Las correlaciones más altas entre las variables examinadas fueron entre informar de sufrir violencia social y las puntuaciones de autoestima, *self-coldness* y autocompasión total. Esas asociaciones fueron del signo esperado, es decir a mayor frecuencia de sufrir violencia social, menor autoestima, menor autocompasión total y mayor *self-coldness*. Las correlaciones fueron algo más elevadas en el caso de los chicos que en el caso de las chicas.

En el caso de sufrir agresiones a través de redes sociales, tanto chicas como chicos informaron de mayores niveles de *self-coldness* y menores de autocompasión total a mayor frecuencia de las agresiones. Solo en el caso de las chicas este tipo de victimización tuvo una asociación negativa pequeña con autoestima.

En cuanto a las medidas de popularidad y preferencia social se testaron dos tipos de medidas. Por un lado, dos medidas heteroinformadas, una de preferencia social que hacía referencia al número de nominaciones positivas que recibía un alumno (por ej. ¿Con quién te gusta sentarte?), y otra referente a popularidad (por ej. ¿Con quién se quiere juntar todo el mundo?). En cuanto a las medidas autoinformadas los alumnos respondían a una serie de preguntas que hacían referencia a la frecuencia con la que recibían un trato agradable por parte de sus compañeros. En cuanto a la medida de popularidad heteroinformada no se encontró asociación con autoestima ni con autocompasión en ninguno de los dos grupos.

En el caso de la preferencia social recibida, se encontró una correlación positiva pequeña con la autoestima exclusivamente en el grupo de los chicos. No se encontró ninguna correlación positiva con las otras variables.

En ambos grupos recibir buen trato por parte de los compañeros estuvo asociado con mayor autoestima y mayor autocompasión, siendo la correlación con la autoestima algo mayor. En el caso de los chicos, recibir este buen trato se asoció a una menor autocompasión negativa (*self-coldness*); y en el caso de las chicas a una mayor autocompasión positiva.

Por último, la prosociabilidad, es decir, la tendencia a ser amable, respetuoso y ayudar a los otros cuando lo necesitan se asoció de manera positiva con tratarse mejor a uno mismo por los propios fallos e imperfecciones, es decir, a una mayor autocompasión positiva. En cualquier caso, esta correlación también fue pequeña.

A modo de resumen, podríamos decir que no hay asociación entre las medidas heteroinformadas de ejercer violencia hacia los compañeros y las medidas de autoestima y autocompasión ni en chicos, ni en chicas. En las medidas autoinformadas sí se encuentran asociaciones pequeñas, con patrones similares entre chicos y chicas, que tienen que ver con que es levemente más probable que alumnos con una baja autoestima o con una baja autocompasión, ejerzan agresiones sobre los compañeros. La victimización parece tener una mayor asociación con las variables examinadas. Aunque hay diferencias entre las chicas y los chicos, sufrir agresiones por parte de los compañeros se asocia a una menor autoestima, menor autocompasión, y puntuaciones más elevadas en *self-coldness*. Ser elegido por los compañeros para realizar actividades se asocia a una mayor autoestima en el caso de los chicos, y el tratar a otros de una manera amable parece relacionarse con tratarse amablemente a uno mismo. Es remarcable que las correlaciones encontradas fueron entre pequeñas y moderadas. En cualquier caso, se consideró relevante incluir estos resultados. Los argumentos de esta decisión se explicarán en el apartado de discusión.

5. ESTUDIO 5. RELACIÓN ENTRE EL BULLYING Y LAS VARIABLES ESTUDIADAS. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS DEPENDIENDO DE QUE LAS MEDIDAS SEAN AUTOINFORMADAS O HETEROINFORMADAS

5.1. Diferencias en ajuste psicológico dependiendo de sufrir o ejercer bullying.

Comparación entre medidas heteroinformadas y autoinformadas

5.1.1. Diferencias en función del rol autoinformado

Como ha sido señalado en la introducción teórica, el bullying guarda una serie de consecuencias negativas para los implicados, tanto para las víctimas como para los agresores y los espectadores.

En un primer análisis, se compararon las variables de ajuste psicológico entre los distintos perfiles autoinformados de bullying, quedando agrupados los participantes en grupo control (alumnos que ni sufrían, ni ejercían bullying) (C), alumnos que lo sufrían o víctimas (V); alumnos que lo sufrían y lo ejercían o bully-víctimas (BV) y alumnos que solo lo ejercían o bullies (B). Los resultados se muestran en la tabla 38.

Tabla 38. Diferencias en las variables de ajuste psicológico dependiendo del perfil autoinformado

	Control (C) M (DT) N=314	Víctimas(V) M (DT) N=124	Bully- víctimas (BV) M (DT) N=97	Bullies (B) M (DT) N=109	<i>t</i>	<i>d</i>
Autoestima	3,19 (0,47)	2,98 (0,46)	3,04 (0,43)	3,20 (0,38)	C-V=4,15*** C-BV=2,75*** V-B=3,90***	0,45 0,33 0,52
Autocompasión total	3,27 (0,61)	3,01 (0,65)	2,99 (0,49)	3,11 (0,53)	BV-V=2,82* C-V=4,02*** C-BV=4,23*** C-B=2,41*	0,13 0,41 0,51 0,28
<i>Self-coldness</i>	2,65 (0,83)	3,05 (0,82)	3,07 (0,70)	2,78 (0,76)	C-V=4,51*** C-BV=4,49*** V-B=2,62** BV-B=2,87**	0,48 0,55 0,34 0,39
<i>Self-warmth</i>	3,22 (0,69)	3,07 (0,74)	3,06 (0,60)	3,01 (0,66)	C-V=2,09* C-BV=2,07* C-B=2,74**	0,21 0,25 0,31
Autojuicio	2,61 (0,91)	3,05 (0,97)	2,97 (0,78)	2,84 (0,81)	C-V=4,56*** C-BV=3,59*** C-B=2,40*	0,47 0,42 0,27
Sobreidentificación	2,82 (0,99)	3,09 (0,94)	3,30 (0,90)	2,88 (0,91)	C-V=2,66** C-BV=4,34*** BV-V=3,33***	0,28 0,51 0,23
Aislamiento	2,55 (1,00)	2,99 (0,91)	2,95 (0,93)	2,58 (1,03)	C-V=4,33*** C-BV=3,57*** V-B=3,21** BV-B=2,67**	0,46 0,41 0,42 0,38
Humanidad Compartida	2,86 (0,89)	2,93 (0,85)	2,87 (0,90)	2,79 (0,90)		
Amabilidad con uno mismo	3,46 (0,91)	3,10 (0,97)	3,20 (0,83)	3,18 (0,85)	C-V=3,60*** C-BV=2,50* C-B=2,78*	0,38 0,30 0,32
Mindfulness	3,29 (0,81)	3,16 (0,81)	3,07 (0,74)	3,03 (0,74)	C-BV=2,33* C-B=2,92**	0,28 0,33
Afecto positivo	2,38 (0,71)	2,41 (0,71)	2,46 (0,59)	2,39 (0,62)		
Afecto negativo	0,98 (0,69)	1,34 (0,77)	1,28 (0,72)	1,09 (0,62)	C-V=4,71*** C-BV=3,63*** V-B=2,72** BV-B=1,99*	0,49 0,42 0,36 0,28
Bienestar emocional	14,00 (10,79)	10,72 (11,16)	11,80 (9,51)	12,94 (8,60)	C-V=2,84*	0,30

. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Como puede observarse en la tabla 38, los bullies obtuvieron las mayores puntuaciones en autoestima, seguidos por aquellos que no lo sufrían ni lo ejercían, aquellos que lo sufrían y también lo ejercían y aquellos que solo lo sufrían. Sin embargo, no todas las diferencias encontradas entre los grupos fueron significativas. Aquellos que decían ejercer el acoso y aquellos que declaraban no verse involucrados directamente, es decir, los controles, obtuvieron unas puntuaciones muy similares, sin diferencias significativas. El grupo control sí obtuvo puntuaciones significativamente superiores que el grupo que declaraba sufrir acoso y el grupo que declaraba sufrirlo y ejercerlo. El grupo de los que reconocían ejercerlo y aquellos que lo sufrían y lo ejercían mostraron una autoestima significativamente mayor que las víctimas. En resumen, los agresores o *bullies* y aquellos no involucrados directamente presentaron los mayores niveles de autoestima. Aquellos que declaraban ejercerlo, a pesar de también sufrirlo, mostraron una autoestima significativamente mayor que los alumnos que simplemente declaraban sufrirlo, aunque esta última diferencia mostró un tamaño del efecto pequeño. En el resto de los casos, el tamaño del efecto de las diferencias fue pequeño en la comparación entre controles y bully-víctimas; y fue en torno a medio en las comparaciones entre controles y agresores y las víctimas.

En la autocompasión, se encontró un patrón en las diferencias distinto al encontrado en la autoestima. En este caso, el grupo control puntuó significativamente por encima que los otros tres grupos, incluidos los que reconocían ejercerlo. El tamaño del efecto fue medio entre controles y los dos grupos que informaban de sufrirlo (víctimas y bully-víctimas); y pequeño respecto al grupo de los agresores.

Para examinar estas diferencias en mayor profundidad, se compararon las puntuaciones obtenidas por los distintos grupos en las dos subescalas de autocompasión: *self-warmth* y *self-coldness*.

En la subescala que agrupa los componentes positivos de la autocompasión (*self-warmth*), el grupo control obtuvo puntuaciones significativamente superiores que las víctimas, las bully-víctimas y que los agresores. No se encontraron más diferencias significativas. Curiosamente los agresores obtuvieron las puntuaciones más bajas de los cuatro grupos. Se evaluó entonces las posibles diferencias que podían existir en los componentes positivos de la autocompasión: humanidad compartida, amabilidad con uno mismo y mindfulness. En el primer caso, en el componente de humanidad compartida no se encontraron diferencias significativas entre los cuatro grupos. En el caso de la amabilidad para con uno mismo, los controles declararon tratarse significativamente mejor a sí mismos ante sus fallos e imperfecciones que las bully-víctimas, los agresores y las víctimas, por ese orden. No hubo diferencias significativas entre los otros grupos en la amabilidad para con uno mismo. En cuanto al componente mindfulness, muy ligado a la regulación emocional, el grupo control obtuvo las mayores puntuaciones, significativamente más altas que los bully-víctimas y que los bullies, pero no significativamente mayores que las víctimas.

Por otro lado, examinando la subescala que agrupa los componentes negativos de la autocompasión (*self-coldness*), el grupo control presentó niveles significativamente menores que el grupo de las víctimas y el grupo de las bully-víctimas, con tamaños del efecto medios. Los bullies también obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que las víctimas y las bully-víctimas con tamaños del efecto entre pequeños y medios. No hubo diferencias significativas entre el grupo que solo lo sufría y aquel que lo sufría y lo ejercía.

A continuación, se evaluaron las posibles diferencias en los componentes negativos de la autocompasión: autojuicio, sobreidentificación y aislamiento. Los alumnos del grupo control declararon juzgarse menos duramente por sus fallos e imperfecciones que el resto de los grupos. Estas diferencias fueron significativas con un tamaño del efecto pequeño en la

comparación entre agresores y grupo control; y medio en la comparación entre grupo control y víctimas y bully-víctimas. No hubo diferencias significativas entre los otros grupos.

En cuanto a la sobreidentificación, no hubo diferencias significativas entre el grupo control y los agresores. Los alumnos del grupo control declararon sentirse menos arrastrados por su emociones y sentimientos de inadecuación que las víctimas y que los alumnos que declaraban sufrirlo y ejercerlo. También los alumnos que declaraban sufrirlo y ejercerlo puntuaron significativamente más alto en sobreidentificación que las víctimas. Los tamaños del efecto de las diferencias encontradas en la variable sobreidentificación fueron pequeños en el caso de las comparaciones entre víctimas y controles; y entre víctimas y bully-víctimas. La magnitud estimada de la diferencia entre el grupo control y el grupo de las bully-víctimas fue medio.

En el componente aislamiento, el grupo control y el grupo de los agresores declararon sentirse significativamente menos aislados en su sufrimiento que las víctimas y los alumnos que lo sufrían y que lo ejercían. Los tamaños del efecto fueron en todos los casos próximos a medios.

En cuanto a las medidas de bienestar emocional, no se encontraron diferencias significativas en las medidas de afecto positivo. Sí se encontraron diferencias en la medida de afecto negativo, según la cual, las víctimas y las bully-víctimas informaron de sufrir emociones desagradables como la culpa o el miedo con una frecuencia significativamente mayor que el grupo control y el grupo de los agresores. La magnitud de estas diferencias fue pequeña en la comparación entre agresores y bully-víctimas; entre pequeña y media en la comparación entre víctimas y agresores; y próxima a media en las comparaciones entre el grupo control y las víctimas y las bully-víctimas.

También se encontraron diferencias significativas en la puntuación de bienestar emocional entre el grupo control y las víctimas con un tamaño del efecto entre pequeño y medio.

5.1.2. Diferencias en las variables de ajuste psicológico teniendo en cuenta las medidas heteroinformadas

En la literatura existen numerosos estudios que han evaluado el ajuste psicológico en los distintos perfiles a través de medidas autoinformadas (Bang y Park, 2017; Rigby, 2000; Sharp, 1995; Tritt y Duncan, 1997), sin embargo, apenas existen estudios que hayan medido el ajuste psicológico de los distintos roles basándose en perfiles heteroinformados. Para poder realizar este estudio se conformaron 4 grupos dependiendo de si el propio alumno informaba de sufrir acoso o no; y de si sus compañeros lo señalaban como una posible víctima. En la tabla 39 puede observarse una explicación de los grupos y el número de participantes que encajaron en cada categoría.

En primer lugar, se consideraron víctimas autoinformadas aquellos alumnos que declaraban haberlo sufrido al menos una o dos veces en los últimos meses, por tanto, se agruparon aquellos que declaraban sufrirlo de manera leve o grave.

En segundo lugar, se realizó una clasificación en función de las medidas heteroinformadas. Para poder equiparar y unir la muestra, se siguió el siguiente procedimiento. Los alumnos presentes de las clases contestaron la escala de bullying y victimización heteroinformados descrita en el apartado de métodos. A continuación, se realizó un sumatorio de las nominaciones recibidas por cada alumno y se dividió por el número de alumnos presentes. A partir de estas puntuaciones, se obtuvieron las puntuaciones típicas para cada grupo. Se consideraron víctimas aquellos alumnos que puntuaron por encima de 1 desviación típica, tal y como se ha realizado en otras publicaciones (Pellegrini et al., 1999; Solberg y Olweus, 2003).

Tabla 39. Tabla explicativa sobre los grupos conformados para los análisis y el número de sujetos en cada grupo

		Víctima autoinformada	
		Sí	No
Víctima heteroinformada	Sí	Grupo 1 (N=43)	Grupo 2 (N=178)
	No	Grupo 3 (N=35)	Grupo 4 (N=388)

En primer lugar, en la tabla 39 se observa una conclusión clara, esta es que, en muchos casos, las respuestas autoinformadas y las heteroinformadas no coinciden, es decir, hay alumnos que declaran sufrirlo, pero que esto no es ratificado por la opinión de los compañeros y también a la inversa, hay alumnos a los que los compañeros señalan como posibles víctimas, pero que, sin embargo, los propios alumnos no se reconocen en ese rol o no informan del mismo.

Tras la formación de los grupos, se realizaron pruebas *t* para comprobar si existían diferencias significativas en las distintas variables de ajuste psicológico entre los distintos perfiles. Los resultados se muestran en la tabla 40.

En la variable autoestima, los alumnos del grupo que declaraban sufrir acoso y que era ratificado por sus compañeros, obtuvieron de media unos niveles significativamente inferiores de autoestima en comparación con los alumnos que, siendo señalados por sus compañeros como posibles víctimas, no se reconocían en ese rol y que los alumnos que estaban en el grupo de no víctimas. Estas diferencias obtuvieron un tamaño del efecto próximo a medio. También existieron diferencias significativas entre el grupo que informaba de sufrir acoso a pesar de que sus compañeros no lo ratificaban (Grupo 3) y el grupo de no víctimas (Grupo 4). Esta diferencia fue entre pequeña y media.

Tabla 40. Medias, desviaciones típicas y diferencias entre los distintos grupos dependiendo de que el bullying sea autoinformado o heteroinformado

	Grupo 1 <i>M (DT)</i> <i>N=43</i>	Grupo 2 <i>M (DT)</i> <i>N=178</i>	Grupo 3 <i>M (DT)</i> <i>N=35</i>	Grupo 4 <i>M (DT)</i> <i>N=388</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Autoestima	2,91 (0,45)	3,17 (0,47)	3,03 (0,45)	3,19 (0,45)	G. 1- G. 2=2,55*	0,56
					G. 1- G. 4=3,92***	0,62
					G. 3- G. 4=3,98***	0,35
Autocompasión total	2,92 (0,56)	3,27 (0,57)	3,02 (0,59)	3,23 (0,60)	G. 1- G. 2=2,75**	0,62
					G. 1- G. 4=3,24***	0,25
					G. 2- G. 3=2,36*	0,44
<i>Self-coldness</i>	3,24 (0,75)	2,53 (0,85)	3,01 (0,77)	2,70 (0,81)	G. 3- G. 4=3,93**	0,17
					G. 1- G. 2=3,94***	0,89
					G. 1- G. 4=4,22***	0,69
<i>Self-warmth</i>	3,09 (0,65)	3,10 (0,68)	3,06 (0,69)	3,17 (0,69)	G. 2- G. 3=3,35***	0,59
					G. 3- G. 4=4,37***	0,39
					G. 1- G. 2=3,76***	0,86
Autojuicio	3,15 (0,86)	2,43 (0,81)	2,99 (0,90)	2,69 (0,89)	G. 1- G. 4=3,22***	0,53
					G. 2- G. 3=3,42***	0,65
					G. 3- G. 4=3,69***	0,33
Sobreidentificación	3,38 (0,89)	2,78 (1,03)	3,14 (0,93)	2,84 (0,96)	G. 1- G. 2=2,78**	0,62
					G. 1- G. 4=3,55***	0,58
					G. 2- G. 3=2,01*	0,37
Aislamiento	3,22 (0,88)	2,40 (1,10)	2,92 (0,92)	2,57 (1,00)	G. 3- G. 4=3,45***	0,31
					G. 1- G. 2=3,63***	0,82
					G. 1- G. 4=4,06***	0,69
Humanidad Compartida con uno mismo	2,99 (0,80)	2,79 (0,98)	2,88 (0,89)	2,84 (0,89)	G. 2- G. 3=2,94**	0,51
					G. 3- G. 4=3,95***	0,36
					G. 3- G. 4=3,03**	0,27
Mindfulness	3,16 (0,85)	3,34 (0,91)	3,14 (0,92)	3,39 (0,91)		
Afecto positivo	3,12 (0,71)	3,12 (0,77)	3,12 (0,80)	3,23 (0,80)		
Afecto negativo	2,33 (0,76)	2,34 (0,72)	2,46 (0,63)	2,39 (0,68)	G. 1- G. 3=2,75**	0,23
					G. 1- G. 4=4,00***	0,63
					G. 2- G. 3=1,98*	0,38
Bienestar emocional	8,86 (11,53)	13,31 (10,79)	11,76 (10,13)	13,76 (10,24)	G. 3- G. 4=4,24***	0,38
					G. 1- G. 4=2,94**	0,45
					G. 3- G. 4=2,17*	0,20

Grupo 1= Víctimas auto- y heteroinformadas; Grupo 2= Víctimas solo heteroinformadas; Grupo 3= Víctimas solo autoinformadas; Grupo 4= alumnos que no autoinforman ni son heteroinformados como víctimas. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

En las puntuaciones de autocompasión, el Grupo 1, es decir, aquellos que declaraban sufrirlo y también eran apuntados por sus compañeros como posibles víctimas, mostraron niveles significativamente más bajos de autocompasión que las víctimas heteroinformadas que no se reconocían en ese rol, que las víctimas autoinformadas y que las no víctimas. No hubo diferencias entre el grupo 1 y las víctimas que simplemente autoinformaban de sufrir acoso. La magnitud de las diferencias encontradas fue pequeña en las comparaciones que implicaban al grupo 4, es decir, aquellos que no autoinformaban de sufrir acoso ni eran señalados por sus compañeros. Las diferencias fueron próximas a medias o superiores en las diferencias encontradas con el grupo 2, es decir con aquellos que autoinformaban de sufrir acoso (víctimas solo autoinformadas).

Examinando estas diferencias en la variable autocompasión en mayor profundidad, no se encontraron diferencias significativas en *self-warmth* y solo en el componente de amabilidad con uno mismo se halló una diferencia significativa entre el Grupo 3 y el Grupo 4 con un tamaño del efecto pequeño. Por ello, se puede achacar estas diferencias en su mayor parte a los componentes negativos de la autocompasión (*self-coldness*). El grupo que sufría acoso (autoinformado y heteroinformado) fueron los que declaraban tratarse con más dureza por sus fallos e imperfecciones, con puntuaciones significativamente más bajas que el grupo 2, es decir, que aquellos que no se reconocían en la situación a pesar de que sus compañeros lo indicasen y que las no víctimas. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo 1 y el grupo 3. También hubo diferencias entre las víctimas solo heteroinformadas y las víctimas solo autoinformadas, con el último grupo puntuando significativamente más alto. Este mismo patrón de diferencias se encontró en los subcomponentes negativos de la autocompasión: autojuicio, sobreidentificación y aislamiento. Las diferencias encontradas tuvieron una magnitud especialmente grande en la comparación entre el grupo 1 (víctimas auto- y heteroinformadas) y el grupo 2 (víctimas solo heteroinformadas).

Como conclusión general, aquellos alumnos que declararon sufrir acoso, tendían a informar de un peor trato hacia sí mismos ante sus fallos e imperfecciones, sentirse más arrastrados por sus sentimientos de inadecuación y también sentirse más aislados en su sufrimiento y malestar. Esto no ocurría con los alumnos que posiblemente estaban sufriendo acoso, indicado por sus compañeros, pero que ellos mismos no se reconocían en ese rol. El tamaño del efecto de estas diferencias fue especialmente grande en las comparaciones entre los grupos 1 y 2 (víctimas auto- y heteroinformadas y víctimas solo heteroinformadas respectivamente), algo menor en las comparaciones entre los grupos 1 y 4 (grupo que no sufría victimización) y próximos a pequeño en las comparaciones entre los grupos 3 (víctimas solo autoinformadas) y el grupo 4.

En cuanto al bienestar emocional de los alumnos, no se encontraron diferencias significativas en afecto positivo en función del perfil de victimización. Sí que se encontraron diferencias significativas en la tendencia de los alumnos a expresar malestar (afecto negativo) dependiendo del rol de victimización en el que se encontraban. Las víctimas heteroinformadas y las no víctimas obtuvieron los mismos niveles de afecto negativo. Existieron diferencias significativas entre estos dos grupos y los grupos 1 y 3, es decir, con aquellos que autoinformaban sufrir acoso. El tamaño del efecto de estas diferencias fue entre medio y grande en la comparación entre el grupo de las víctimas auto- y heteroinformadas y el grupo que no sufría victimización; y entre pequeño y medio para el resto de las diferencias encontradas.

Tomado en conjunto el ajuste psicológico de los distintos perfiles, la conclusión es que no existieron diferencias significativas entre aquellos que no sufrían acoso y aquellos que eran señalados por sus compañeros como posibles víctimas, pero ellos no se reconocían en ese rol. Las puntuaciones más bajas en las medidas de bienestar y ajuste psicológico las mostraron los alumnos que sufrían acoso auto y heteroinformado y los que declaraban sufrirlo a pesar de

que sus compañeros no les señalaran como posibles víctimas. Por último, las diferencias se encontraron principalmente en las escalas que miden aspectos negativos del ajuste psicológico: *self-coldness*, sus componentes negativos (autojuicio, sobreidentificación y aislamiento); y afecto negativo. También se encontraron diferencias en la puntuación de autocompasión total y en autoestima; ya que ambas puntuaciones incluyen ítems de autovaloración negativa.

5.1.3. En función del perfil de bully heteroinformado

Una pregunta que, hasta el momento, la literatura no ha resuelto de manera clara es cuál es el ajuste psicológico de los agresores. Hay artículos que defienden que una alta autoestima puede ser un predictor de perpetrar bullying (Gendron et al., 2011), e investigaciones que señalan que los agresores la tienen más baja o que hipotetizan sobre una autoestima mal construida (O'Moore y Kirkham, 2001). En cualquier caso, al igual que ocurría en los perfiles de victimización, la mayoría de los estudios se basa en medidas autoinformadas. En este apartado quisimos comprobar si el empleo de medidas también heteroinformadas podría aportar algo más de información; y también estudiar si existía una relación entre los perfiles de agresores y las medidas de autocompasión, un aspecto tampoco estudiado hasta el momento.

Para conformar los grupos con los distintos perfiles, se siguió el mismo procedimiento que en el caso de la victimización. Se consideró que los alumnos reconocían ejercer bullying, siempre que declararan haberlo realizado al menos con una frecuencia de una o dos veces en los últimos dos meses. Para evaluar que un alumno había ejercido acoso de manera heteroinformada, se obtuvieron las puntuaciones en la escala de bullying heteroinformado descrita en el apartado de instrumentos, se calculó una puntuación estandarizada por cada grupo de clase y, a continuación, se consideró que ejercían el acoso aquellos alumnos que puntuaron por encima de una desviación típica en la escala. La conformación de los grupos y el número de sujetos en cada grupo se describe en la tabla 41.

Tabla 41. Clasificación de los alumnos en función del bullying autoinformado y heteroinformado

		Bullying autoinformado	
		Sí	No
Bullying heteroinformado	Sí	Grupo A (N= 41)	Grupo B (N= 48)
	No	Grupo C (N= 166)	Grupo D (N= 391)

Como se puede comprobar en la tabla 42 no se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos en las puntuaciones de autoestima. Sí que se encontraron diferencias en la puntuación total de autocompasión. Los más autocompasivos fueron aquellos que eran señalados por los demás como posibles agresores pero que ellos no se reconocían en el rol (Grupo B), las siguientes mayores puntuaciones fueron la de los no agresores (Grupo D), los agresores autoinformados; y por último los agresores auto y heteroinformados. En cualquier caso, no todas las diferencias entre los grupos fueron significativas. Los alumnos que declaraban ejercer el acoso y que era confirmado por sus compañeros de clase, se declararon significativamente menos autocompasivos que aquellos que eran señalados como agresores por sus compañeros, pero no se reconocían en ese rol y que aquellos que no eran agresores. El grupo de alumnos que se reconocían en ese rol, pero no eran señalados por sus compañeros también obtuvieron puntuaciones significativamente menores en autocompasión que los alumnos que no ejercían agresiones y que aquellos que las ejercían, pero no declaraban ejercerlo en el cuestionario.

Tabla 42. Diferencias en las variables de ajuste psicológico dependiendo de que el bullying ejercido sea autoinformado, heteroinformado o ambos

	Grupo A M (DT) N=41	Grupo B M (DT) N=48	Grupo C M (DT) N=166	Grupo D M (DT) N=391	t	d
Autoestima	3,09 (0,37)	3,23 (0,42)	3,13 (0,42)	3,12 (0,49)		
Autocompasión total	2,96 (0,50)	3,24 (0,56)	3,08 (0,51)	3,19 (0,64)	A-B=2,49* A-D=2,27* B-C=1,93 ^{0,054} C-D=2,08*	0,53 0,40 0,30 0,19
<i>Self-coldness</i>	2,97 (0,72)	2,64 (0,81)	2,90 (0,75)	2,78 (0,84)	A-B=1,98* B-C=2,03*	0,43 0,33
<i>Self-warmth</i>	2,89 (0,64)	3,16 (0,59)	3,06 (0,63)	3,18 (0,72)	A-B=2,01* A-D=2,44** C-D=1,81 ^{0,057}	0,44 0,42 0,17
Autojuicio	3,00 (0,80)	2,58 (0,86)	2,88 (0,79)	2,75 (0,96)	A-B=2,38* B-C=2,26*	0,50 0,36
Sobreidentificación	3,18 (0,95)	2,88 (0,94)	3,06 (0,92)	2,90 (0,99)		
Aislamiento	2,72 (0,99)	2,49 (1,07)	2,77 (1,01)	2,70 (0,99)		
Humanidad Compartida	2,75 (1,01)	2,72 (0,85)	2,85 (0,87)	2,89 (0,88)		
Amabilidad con uno mismo	3,04 (0,75)	3,44 (0,87)	3,21 (0,87)	3,35 (0,95)	A-B=2,27* A-D=2,00*	0,49 0,36
Mindfulness	2,85 (0,61)	3,24 (0,73)	3,09 (0,77)	3,25 (0,82)	A-B=2,68** A-D=3,02** C-D=2,16*	0,58 0,55 0,20
Afecto positivo	2,43 (0,62)	2,52 (0,72)	2,41 (0,60)	2,38 (0,71)		
Afecto negativo	1,28 (0,67)	0,95 (0,75)	1,16 (0,67)	1,10 (0,73)	A-B=2,13*	0,46
Bienestar emocional	11,56 (8,22)	15,71 (11,28)	12,54 (9,25)	12,77 (10,92)	A-B=1,95* B-C=1,98*	0,42 0,31

Grupo A= Agresores auto- y heteroinformados; Grupo B= Agresores solo heteroinformadas; Grupo C= Agresores solo autoinformadas; Grupo D= alumnos que no autoinforman ni son heteroinformados como agresores. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Examinando en mayor profundidad las diferencias encontradas en autocompasión, mostraron un peor trato hacia sí mismos los alumnos que declaraban ejercer el acoso que aquellos que lo ejercían, pero no se reconocían en el papel de *bullies*. También el grupo que reconocía ejercerlo, a pesar de no ser marcados por sus compañeros, informaron de unos

niveles más altos de autocompasión negativa que aquellos que lo ejercían, pero no se reconocían en ese rol. El único componente de *self-coldness* donde se encontraron diferencias significativas fue el de autojuicio. El grupo de agresores auto y heteroinformado, y el grupo de agresores solo autoinformados, mostraron una tendencia a tratarse peor a sí mismos ante sus fallos e imperfecciones que aquellos que eran agresores simplemente heteroinformados.

En la subescala de los componentes positivos de autocompasión (*self-warmth*), el grupo que obtuvo puntuaciones más altas fue el grupo control, seguido de los agresores heteroinformados, agresores solo autoinformados y agresores auto y heteroinformados, respectivamente. Los agresores exclusivamente heteroinformados y el grupo de no agresores declararon tratarse mejor a sí mismos que el grupo A, es decir, que el grupo que declaraba ejercer el acoso y que también eran señalados por sus compañeros como posibles agresores. Se observaron las mismas diferencias en los subcomponentes de amabilidad con uno mismo y mindfulness. Además, en mindfulness se observó una diferencia significativa adicional entre los agresores exclusivamente heteroinformados y los no agresores.

En cuanto al bienestar emocional, el grupo que mostró mejores puntuaciones fue el de los agresores heteroinformados, después el grupo control, seguido por los agresores exclusivamente autoinformados y los agresores auto y heteroinformados con las puntuaciones más bajas. De hecho, los agresores exclusivamente heteroinformados informaron de unos niveles significativamente más altos de bienestar emocional que los dos grupos que declaraban ejercer el acoso. No se encontraron diferencias significativas en afecto positivo, pero sí en afecto negativo, donde los agresores auto y heteroinformados declararon experimentar con mayor frecuencia emociones y sentimientos desagradables en comparación con aquellos que eran señalados por sus compañeros como agresores, pero ellos mismos no se reconocían en ese rol.

Los tamaños del efecto de las diferencias encontradas siguieron un patrón similar en todas las variables examinadas. Las diferencias de mayor magnitud (próximas a medias) se encontraron en las comparaciones entre el grupo de agresores auto- y heteroinformados y los agresores exclusivamente heteroinformados. En el resto de las comparaciones que resultaron significativas, las magnitudes de las diferencias siempre fueron entre pequeñas y medias.

A modo de conclusión, podríamos decir que no en todas las variables examinadas se encontraron diferencias significativas como fue el caso de la autoestima. En aquellas variables donde sí se encontraron, se apunta a un ajuste psicológico similar entre aquellos que no autoinforman de ejercer el acoso (grupo control y agresores heteroinformados). Estos dos grupos parecen tener un ajuste psicológico significativamente mejor que aquellos grupos que sí autoinforman de ejercer el acoso.

5.2. Diferencias en aceptación y rechazo parental dependiendo de sufrir o ejercer bullying. Comparación entre medidas autoinformadas y heteroinformadas

La literatura apunta al importante rol que la familia desempeña en la dinámica del acoso. Por un lado, existe una asociación entre los estilos parentales y los roles que se pueden desempeñar en el acoso (Efobi y Nwokolo, 2014; Gómez-Ortiz et al., 2016; Martínez et al., 2019). También la familia puede ejercer un efecto amortiguador de las consecuencias negativas del acoso. Quisimos comprobar en la actual muestra cuáles serían los niveles de aceptación y rechazo familiar percibidos por los alumnos dependiendo de su papel en la dinámica del acoso. Los resultados se muestran en la tabla 43.

Tabla 43. Diferencias en las variables de aceptación y rechazo familiar dependiendo del perfil autoinformado

	Control (C) <i>M (DT)</i>	Víctimas(V) <i>M (DT)</i>	Bully- víctimas (BV) <i>M (DT)</i>	Bullies (B) <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Rechazo paternal		6,42 (2,60)	7,31 (2,83)	7,86 (3,13)	C-V=2,97**	0,32
					C-BV= 4,34***	0,50
					V-B= 2,24*	0,31
					BV-B=3,37***	0,49
<i>N</i>	297	110	88	99		
Rechazo maternal		6,12 (2,20)	6,71 (2,64)	7,07 (2,60)	C-V= 2,32*	0,24
					C-BV= 3,53***	0,39
					C-B=2,25*	0,24
<i>N</i>	304	117	96	106		
Rechazo familiar		12,48 (4,36)	13,96 (4,79)	14,89 (5,21)	C-V=2,92**	0,32
					C-BV= 4,32***	0,50
					BV-B=2,59**	0,38
<i>N</i>	289	107	88	96		
Aceptación paternal		13,57 (3,29)	12,82 (3,12)	12,78 (3,33)	C-V=2,08*	0,23
					C-BV= 1,96*	0,24
					V-B= 2,52*	0,35
					BV-B= 2,38*	0,35
<i>N</i>	297	109	87	98		
Aceptación maternal	14,41 (2,64)	14,28 (2,31)	14,15 (2,63)	14,36 (2,68)		
<i>N</i>	306	118	95	106		
Aceptación familiar		28,03 (5,38)	27,06 (4,74)	27,01 (5,34)	V-B=2,12*	0,30
					BV-B=1,96*	0,29
<i>N</i>	292	107	87	96		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tal y como se muestra en la tabla 43 aquellos que se reconocían como bully-víctimas fueron los que informaron de mayores niveles de rechazo familiar por parte de sus padres y obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que el grupo control y que el grupo de

agresores. La magnitud de estas diferencias sería media como indican las puntuaciones obtenidas en el estadístico *d* de Cohen. Las víctimas también informaron de niveles significativamente mayores de rechazo familiar que el grupo control. En el rechazo paternal se encontraron también diferencias significativas entre los mismos grupos y una diferencia adicional: las víctimas expresaron sentir más hostilidad y falta de apoyo por parte de sus padres que el grupo de los agresores. El tamaño del efecto de estas diferencias obtuvo valores entre 0,31 y 0,50 que se pueden considerar entre pequeños y medios.

En cuanto al rechazo maternal, el grupo control, es decir aquellos que no sufrían ni ejercían el acoso informaron de niveles significativamente menores de hostilidad y culpabilización por parte de sus madres que los otros tres grupos (víctimas, agresores-víctimas y agresores). El tamaño del efecto de estas diferencias podría considerarse entre pequeño y medio.

En la escala de aceptación familiar, los agresores informaron sentirse significativamente más apoyados, entendidos y queridos por sus familias que las víctimas y aquellos que sufrían y ejercían el acoso. Estas diferencias fueron significativas y se explican fundamentalmente por las diferencias encontradas en la aceptación paternal; ya que las puntuaciones en aceptación maternal fueron muy similares entre los cuatro grupos. En dicha aceptación paternal, los agresores y el grupo control obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las víctimas y que las víctimas que también informaban de ejercer el acoso. Los tamaños del efecto de estas diferencias fueron pequeños.

Como ocurre en los otros estudios mencionados hasta el momento, las influencias de la familia en los estudios actuales se realizaron, en su mayoría, a través de medidas autoinformadas. En este caso, quisimos contrastar los niveles de aceptación y rechazo familiar con la inclusión de medidas heteroinformadas. Los resultados se muestran en la tabla 44.

Tal y como se muestra en la tabla 44, el grupo control obtuvo niveles significativamente más bajos de rechazo paternal que los dos grupos que reconocían sufrir acoso (víctimas auto y heteroinformadas y víctimas autoinformadas). También se encontró una tendencia no significativa entre las víctimas solo heteroinformadas y las víctimas solo autoinformadas, donde las últimas puntuaron más alto.

Tabla 44. Diferencias en las variables de aceptación y rechazo familiar dependiendo del perfil de victimización auto y heteroinformado

	Grupo 1 M (DT)	Grupo 2 M (DT)	Grupo 3 M (DT)	Grupo 4 M (DT)	t	d
Rechazo paternal	7,40 (3,19)	6,56 (2,38)	7,59 (2,93)	6,43 (2,59)	G1-G4=2,08* G2-G3=1,92 ^{0,056} G3-G4=4,56***	0,33 0,38 0,42
N	35	34	163	362		
Rechazo maternal	7,18 (2,72)	5,94 (1,95)	6,80 (2,60)	6,30 (2,35)	G1-G2= 2,20* G1-G4= 2,18* G3-G4=2,25*	0,53 0,35 0,20
N	39	34	174	376		
Rechazo familiar	14,39 (5,02)	12,58 (3,98)	14,38 (5,00)	12,64 (4,35)	G1-G4= 2,19*; G2-G3=1,94 ^{0,053} G3-G4=4,01***	0,36 0,39 0,37
N	33	33	162	352		
Aceptación paternal	13,64 (2,71)	13,21 (3,09)	12,61 (3,29)	13,69 (3,24)	G3-G4=3,49***	0,33
N	36	33	160	362		
Aceptación maternal	14,15 (1,97)	14,67 (2,03)	14,24 (2,56)	14,37 (2,70)		
N	40	33	173	379		
Aceptación familiar	27,83 (4,50)	27,81 (4,59)	26,86 (5,10)	28,17 (5,28)	G3-G4=2,62**	0,25
N	35	32	159	356		

Grupo 1= Víctimas auto- y heteroinformadas; Grupo 2= Víctimas solo heteroinformadas; Grupo 3= Víctimas solo autoinformadas; Grupo 4= alumnos que no autoinforman ni son heteroinformados como víctimas. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

En cuanto al rechazo maternal, el Grupo 1 (víctimas auto y heteroinformadas) informaron sentir niveles significativos mayores de hostilidad y de falta de apoyo por sus madres que las víctimas heteroinformadas y que los sujetos control. Del mismo modo las víctimas autoinformadas obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los sujetos control. Se encontró una diferencia no significativa ($p=0,056$), probablemente debido al tamaño de los grupos, entre las víctimas heteroinformadas y las víctimas solo autoinformadas,

Estas diferencias en el rechazo paternal y maternal, tuvieron el siguiente resultado en la puntuación total de rechazo familiar. Los alumnos del grupo control informaron de menores niveles de rechazo familiar que los dos grupos que autoinformaban de sufrir acoso. El grupo 2, formado por víctimas señaladas por los compañeros pero que no se reconocían en ese rol, no tuvieron diferencias significativas con los otros grupos a pesar de tener una media inclusive menor a la del grupo control. Esta falta de significación probablemente sea debido al pequeño tamaño muestral.

En cuanto a las medidas de aceptación familiar solo se encontraron diferencias significativas entre el grupo de víctimas autoinformadas y el grupo control en las medidas de aceptación paternal y de aceptación familiar. Los cuatro grupos informaron sentirse apoyados y queridos de manera similar por sus madres.

En las comparaciones en las que sí se encontraron diferencias significativas, los tamaños del efecto oscilaron entre 0,25 y 0,53, lo que se consideran tamaños del efecto entre pequeños y medios.

También se examinaron las diferencias en las variables de aceptación y rechazo familiar en función del perfil auto- y heteroinformado de participación como agresores en la dinámica del acoso. Los resultados se muestran en la tabla 45.

En el caso del perfil de los agresores se encontraron menos diferencias significativas entre los grupos que en el caso de las víctimas auto y heteroinformadas. Las diferencias encontradas fueron en rechazo materno, rechazo familiar y aceptación materna. Los alumnos no implicados como agresores en la dinámica del acoso, informaron de niveles significativamente menores de rechazo familiar que los dos grupos cuyos alumnos informaban de ejercer el acoso sobre los compañeros. En el caso del rechazo familiar se encontró una diferencia no significativa entre el grupo A (agresores auto y heteroinformados) y los alumnos

que no ejercían agresiones. Sí se mantuvo una diferencia significativa entre aquellos que decían ejercer el acoso, pero no eran señalados por sus compañeros, y el grupo control.

Tabla 45. Diferencias en las variables de aceptación y rechazo familiar dependiendo del perfil de agresores auto y heteroinformado

	Grupo A M (DT)	Grupo B M (DT)	Grupo C M (DT)	Grupo D M (DT)	<i>t</i>	<i>d</i>
Rechazo paterno	7,42 (3,49)	6,38 (2,43)	7,05 (2,69)	6,71 (2,73)		
	38	47	150	361		
Rechazo materno	7,08 (3,16)	6,30 (2,56)	6,83 (2,44)	6,29 (2,32)	A-D=1,96* C-D= 2,46**	0,28 0,22
	40	46	163	376		
Rechazo familiar	14,41 (6,49)	12,62 (4,55)	13,83 (4,23)	12,93 (4,53)	A-D=1,80 ^{0,07} C-D= 2,07*	0,26 0,20
	37	45	148	352		
Aceptación paterna	13,21 (3,60)	13,50 (3,44)	13,39 (3,13)	13,36 (3,24)		
	38	46	148	361		
Aceptación materna	13,50 (3,59)	14,46 (2,47)	14,42 (2,35)	14,37 (2,57)	A-D=1,95*	0,28
	40	46	162	379		
Aceptación familiar	26,92 (6,93)	28,07 (4,90)	27,94 (4,51)	27,74 (5,27)		
	37	45	147	355		

Grupo A= Agresores auto- y heteroinformados; Grupo B= Agresores solo heteroinformadas; Grupo C= Agresores solo autoinformadas; Grupo D= alumnos que no autoinforman ni son heteroinformados como víctimas. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

En las variables de aceptación familiar no hubo diferencias significativas entre los grupos salvo en el caso de la aceptación materna. Los agresores auto y heteroinformados informaron sentirse significativamente menos apoyados y recibir menos cariño por parte de sus madres que los alumnos que no estaban implicados como agresores en la dinámica.

En las comparaciones en las que sí se encontraron diferencias significativas, el estadístico *d* de Cohen señaló unos tamaños del efecto pequeños.

A modo de resumen, podríamos decir que existen más diferencias significativas en las variables analizadas de aceptación y rechazo familiar entre los grupos en el caso de las víctimas que en el caso de los agresores. En el caso de las víctimas, las diferencias suelen estar entre aquellos alumnos que informan de sufrir acoso y aquellos alumnos que no informan de sufrir acoso, independientemente de que sean señalados por sus compañeros como posibles víctimas. El papel del rechazo es más destacado que el papel de la aceptación familiar. En el caso de los agresores, las diferencias en aceptación y rechazo familiar se encontraron principalmente entre aquellos que informaban de ejercer el acoso y aquellos que no informaban de ejercer el acoso y además no eran señalados por sus compañeros. El peso de la aceptación o rechazo paterna fue menor que en el caso de las víctimas.

5.2.1. Diferencias en los niveles de aceptación y rechazo parental dependiendo del rol desempeñado en la dinámica del bullying y el género

Dadas las diferencias encontradas en los análisis descriptivos en relación al género y la implicación en la dinámica del bullying, se estudió si podían existir diferencias en las variables analizadas en función del género y de la participación en el bullying. Los resultados se muestran de manera conjunta en la tabla 46.

Como se puede observar en dicha tabla en el perfil en el que se observaron más diferencias significativas en función del género fue en aquellos que informaban de ejercer el bullying sobre otros compañeros. En este caso, las chicas que informaban de ejercer acoso sobre otros compañeros informaron de mayores niveles de rechazo familiar, tanto paterno como materno y menores niveles de aceptación, también tanto paterno como materno, que los chicos que informaban también de ejercer acoso sobre los compañeros. La magnitud de estas diferencias varió entre pequeña (0,30 en el estadístico *d* de Cohen) hasta medias (0,46). Cuando el acoso era heteroinformado, en vez de autoinformado, solo se encontró una diferencia significativa, según la cual las chicas que eran señaladas por sus compañeros como

agresoras informaban de mayores niveles de rechazo materno que los chicos que estaban también en este rol.

En el caso de los alumnos que eran señalados por sus compañeros como posibles víctimas (víctimas heteroinformadas) solo se encontró una diferencia significativa con un tamaño del efecto medio en la variable de rechazo paterno. Los chicos que eran señalados por sus compañeros como posibles víctimas informaron de mayores niveles de rechazo paterno que las niñas que lo sufrían.

Cuando se examinaron las diferencias en función del género en el caso de las víctimas autoinformadas, los chicos informaron de niveles significativamente mayores de aceptación familiar, debido a los niveles de aceptación paternal en los que hubo diferencias significativas con un tamaño medio del efecto.

Tabla 46. Diferencias en las medidas de aceptación y rechazo familiar dependiendo del rol desempeñado en el bullying y el género

	Agresores/as heteroinformados/as				Agresores/as autoinformados/as				Víctimas heteroinformadas				Víctimas autoinformadas			
	Chicos <i>M (DT)</i>	Chicas <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>D</i>	Chicos <i>M (DT)</i>	Chicas <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	Chicos <i>M (DT)</i>	Chicas <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	Chicos <i>M (DT)</i>	Chicas <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Rechazo paterno	6,60 (2,87)	7,35 (3,11)			6,77 (2,77)	7,62 (2,93)	2,03*	0,30	7,51 (3,23)	6,15 (1,75)	2,28*	0,52	7,23 (3,14)	7,82 (2,83)		
<i>N</i>	62	26			109	79			43	27			88	109		
Rechazo materno	6,28 (2,65)	7,61 (3,20)	2,05*	0,45	6,53 (2,30)	7,36 (2,89)	2,28*	0,32	6,60 (2,55)	6,55 (2,32)			6,57 (2,56)	7,09 (2,67)		
<i>N</i>	61	28			117	86			43	31			91	121		
Rechazo familiar	12,82 (5,07)	14,92 (6,34)			13,30 (4,73)	14,86 (4,66)	2,23*	0,33	13,98 (5,17)	12,65 (3,28)			13,73 (5,13)	14,88 (4,86)		
<i>N</i>	60	25			108	77			41	26			86	108		
Aceptación paterna	13,36 (3,58)	13,42 (3,32)			14,09 (2,26)	12,33 (6,38)	3,81***	0,37	13,38 (3,32)	13,64 (2,06)			13,60 (2,92)	12,18 (3,31)	3,14**	0,45
<i>N</i>	61	26			108	78			42	28			87	108		
Aceptación materna	14,36 (2,89)	13,18 (3,42)			14,56 (2,27)	13,80 (3,07)	2,02*	0,28	14,33 (2,24)	14,61 (1,48)			14,27 (2,52)	14,21 (2,41)		
<i>N</i>	61	28			116	86			43	31			92	120		
Aceptación familiar	27,73 (5,86)	27,04 (6,21)			28,71 (4,74)	26,38 (5,26)	3,14**	0,46	27,76 (5,25)	28,22 (2,93)			27,93 (5,11)	26,36 (4,82)	2,18*	0,32
<i>N</i>	60	25			107	77			41	27			86	107		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

6. ESTUDIO 6. AUTOCOMPASIÓN COMO VARIABLE MEDIADORA ENTRE SER VÍCTIMA DE ACOSO Y AJUSTE EMOCIONAL

6.1. Análisis correlacional entre las variables estudiadas

De cara a reducir los análisis y favorecer su interpretación, en este caso, se agruparon los tipos de violencia sufridos en dos puntuaciones. Por un lado, bullying directo, que agrupaba las puntuaciones de bullying recibido físico y verbal y, por otro lado, bullying relacional, referente a la frecuencia con la que los alumnos son víctimas de rumores o de exclusión activa. Se quiso estudiar la relación de estas dos variables con la puntuación total de autocompasión y con sus componentes positivos por un lado (*self-warmth*) y con sus componentes negativos por otro (*self-coldness*). También se analizó, en todos los casos, la relación que guardaban estas variables con afecto positivo y negativo y con bienestar emocional. Al haber encontrado diferencias en función de la edad en los estudios anteriores del presente trabajo, se analizaron las correlaciones entre las variables atendiendo a ambos grupos de edad.

Tabla 47. Correlaciones entre los distintos tipos de bullying, autocompasión y sus componentes y afecto positivo y negativo

	12-14	1	2	3	4	5	6	7	8
15-17									
1. Bullying relacional			0,67***	-0,29***	0,29***	-0,16**	-0,13**	0,36***	-0,34***
2. Bullying directo	0,61***			-0,20***	0,22***	-0,09 ^a	-0,06	0,31***	-0,26***
3. Auto-compasión	-0,03	-0,06			-0,84***	0,76***	0,34***	-0,58***	0,63***
4. S-coldness	0,16*	0,18**		-0,82***		-0,28***	-0,16**	0,59***	-0,52***
5. S-Warmth	0,12	0,10		0,77***	-0,27***		0,41***	-0,33***	0,49***
6. Afecto positivo	-0,06	-0,03		0,31***	-0,11	0,40***		-0,11*	0,72***
7. Afecto negativo	0,21**	0,19**		-0,53***	0,59***	-0,23**	-0,11		-0,77***
8. Bienestar emocional	-0,18**	-0,15*		0,56***	-0,16***	0,43***	0,76***	-0,72***	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^a $p = 0,055$. Arriba se muestra el grupo de menor edad (12-14 años) y abajo el grupo de mayor edad (15-17).

En la tabla 47 se muestran las correlaciones entre las distintas variables examinadas. A primera vista, se puede comprobar que existe un mayor número de correlaciones significativas entre el grupo de menor edad que en el grupo de mayor edad.

Ambos grupos coincidieron en las correlaciones significativas encontradas de signo positivo entre bullying relacional sufrido y *self-coldness* y en la asociación entre este tipo de bullying y el afecto negativo, siendo algo más próximas a moderadas en el grupo de menor edad. Se encontraron asociaciones negativas entre el bullying relacional sufrido y el bienestar emocional, principalmente por el efecto del afecto negativo. También en ambos grupos de edad sufrir bullying directo estuvo asociado con mayor autocompasión negativa (*self-coldness*), mayor frecuencia para experimentar afecto negativo y menor bienestar emocional, de nuevo siendo esta asociación más fuerte en el grupo de los alumnos de menor edad.

En ambos grupos de edad, aquellos que puntuaron alto en la subescala *self-coldness* también tendieron a hacerlo en la escala de afecto negativo. Del mismo modo, aquellos que mostraron mayores puntuaciones en la subescala *self-warmth* y en la escala completa de autocompasión, también mostraron mayores puntuaciones en afecto positivo y bienestar emocional.

Hubo diferencias entre ambos grupos de edad en la asociación entre sufrir bullying relacional y las medidas de autocompasión y afecto positivo. Mientras que, para el grupo de menor edad, sufrir este tipo de violencia estuvo significativamente asociado con autocompasión, *self-warmth* y afecto positivo; no se encontraron estas asociaciones en el grupo de mayor edad.

En la tabla 47 también se puede observar las diferencias en la asociación entre sufrir bullying y bienestar emocional dependiendo de la edad. Aparentemente, la asociación entre sufrir acoso y el bienestar emocional fue algo mayor en el grupo de menor edad que en el grupo de mayor edad. También el acoso relacional se encontró significativamente asociado al

afecto positivo en el grupo de menor edad, pero no en el grupo de mayor edad. En cualquier caso, la magnitud de la asociación fue pequeña.

6.2. Potencial papel mediador de la autocompasión entre sufrir violencia y el bienestar emocional

Para testar el posible papel mediacional de la autocompasión entre sufrir violencia y el bienestar emocional se siguió el procedimiento sugerido por Baron y Kenny (1986).

Atendiendo a los resultados en la tabla 47, la primera condición del modelo solo se cumple en el caso del grupo de menor edad, es decir, solo en este grupo se encuentran correlaciones significativas entre los distintos tipos de bullying (variables independientes) y el afecto positivo y el afecto negativo (variables dependientes). También se comprobó que el bullying directo no guardaba una asociación directa sobre el afecto positivo ($p=0,20$), tercera condición del modelo de Baron y Kenny con lo que este modelo tampoco fue testado.

Además, en base a lo encontrado en los estudios descriptivos, se comprobó si el género influía de manera definitiva en los modelos de regresión, pero su influencia no fue significativa en ninguno de los modelos testados ($p>0,25$) y por ello no fue incluida.

La tabla 48 muestra los resultados de los distintos análisis de regresión y la figura 11. muestra una representación esquemática de los distintos modelos mediacionales que se testaron.

Tabla 48. Análisis de la autocompasión como variable mediadora entre bullying directo y relacional y afecto positivo y negativo en el grupo de menor edad (12-14 años)

	β	F	R^2	Z	Variable dependiente
<i>Paso 1</i>					
Bullying relacional	-0,13**	7,53**	0,02		Afecto positivo
<i>Paso 2</i>					
Bullying relacional	-0,04	27,36***	0,11	-4,57***	Afecto positivo
Autocompasión	0,33***				
<i>Paso 1</i>					
Bullying relacional	0,36***	60,93***	0,12		Afecto negativo
<i>Paso 2</i>					
Bullying relacional	0,21***	124,51***	0,37	5,55***	Afecto negativo
Autocompasión	-0,52***				
<i>Paso 1</i>					
Bullying directo	0,31***	46,70***	0,10		Afecto negativo
<i>Paso 2</i>					
Bullying directo	0,21***	129,23***	0,38	3,99***	Afecto negativo
Autocompasión	-0,65***				

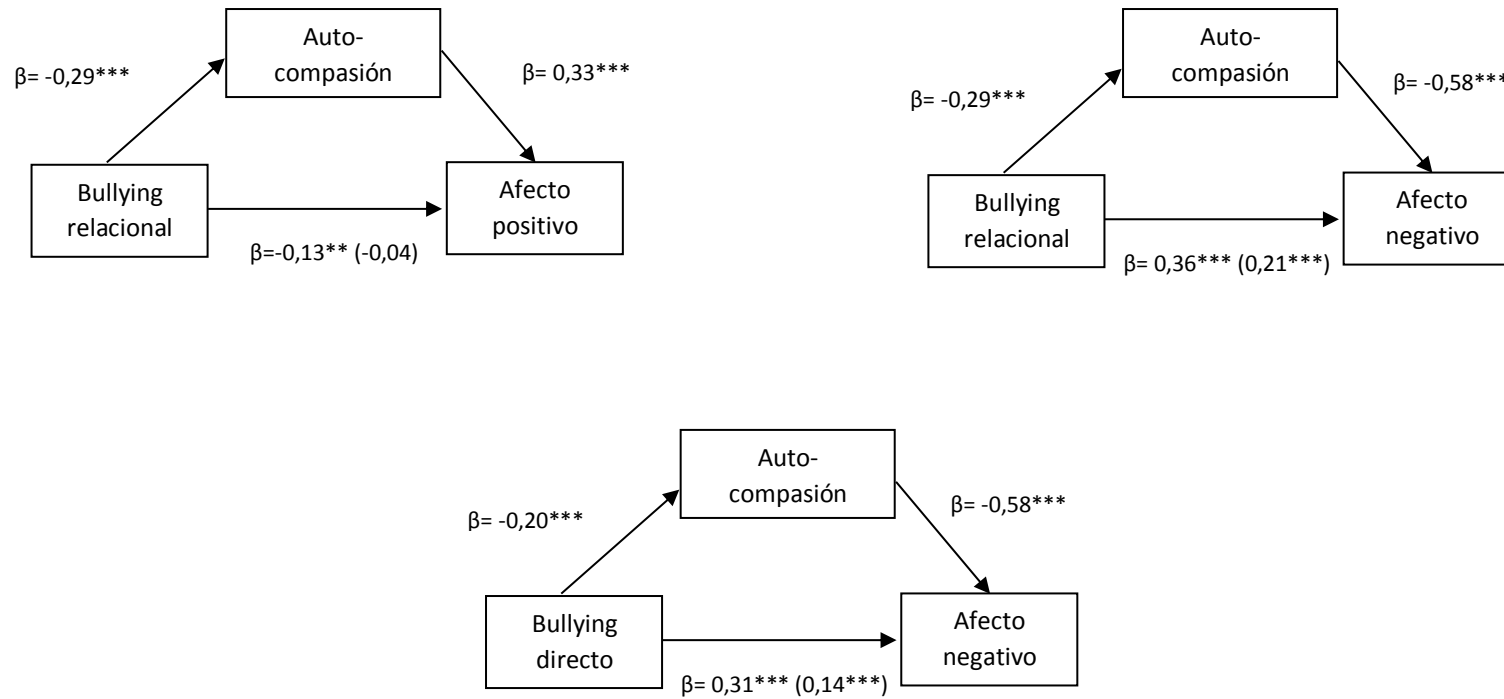
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. R^2 = valor ajustado. β = valores de Beta estandarizados. Z = test de Sobel

En la tabla 48 podemos observar cómo la autocompasión fue un mediador parcial entre sufrir acoso (relacional o directo) y el afecto negativo; y un mediador total en el caso de sufrir acoso relacional y el afecto positivo. En todos los casos el test de Sobel fue significativo ($p < 0,001$).

Tomados estos datos en conjunto, podemos concluir que la autocompasión fue un importante predictor del bienestar emocional en ambos grupos de edad. La asociación encontrada fue mayor entre *self-coldness* y afecto negativo, por un lado; y entre *self-warmth* y afecto positivo por otro. En cualquier caso, también existieron asociaciones medias entre afecto positivo y *self-coldness*, y entre afecto negativo y *self-warmth*. Además, en el caso de

los más pequeños la autocompasión tuvo un efecto mediador entre el bullying relacional y el bullying directo y el afecto negativo; y también entre el bullying relacional y el afecto positivo, siendo en este caso un mediador total.

Figura 11. Modelos de mediación realizados con el grupo de menor edad (12-14 años).



** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Entre paréntesis se muestra la β estandarizada una vez que se ha introducido la variable mediacional (autocompasión) en el modelo de regresión

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

1. Objetivo 1. Comprobar la estructura factorial de la escala de autocompasión en la presente muestra.

Dadas las discrepancias en la literatura existente sobre la estructura de la escala (Brenner et al., 2017, 2018; Costa et al., 2016; Deniz et al., 2008; Muris et al., 2016; Neff et al., 2018), se realizó un análisis para examinar la estructura de la escala de autocompasión en la presente muestra y así utilizar las puntuaciones más acertadas para el análisis de los datos (puntuación total de autocompasión, puntuación de las dos subescalas con los ítems positivos y negativos o puntuación de los componentes).

Tras dichos análisis se pudo comprobar que la fiabilidad de la escala, medida a través del índice omega era alta (entre 0,82 y 0,86), lo que da respaldo al uso completo de la escala. Cuando se examinaron los índices de ajuste de los distintos modelos confirmatorios se pudo comprobar que la estructura de seis factores relacionados tenía también un buen ajuste, lo que da pie a pensar que podría existir factores de mayor orden que podrían explicar la interrelación entre dichos factores como propuso Neff originalmente (Neff, 2003). Sin embargo, los ítems se ajustaban mejor a un modelo de dos factores que de uno solo. Por tanto, la conclusión general es que se considera apropiado el uso de la puntuación global, también de las subescalas *self-warmth* y *self-coldness* y también las puntuaciones de los componentes (autoamabilidad, humanidad compartida, mindfulness, autojuicio, aislamiento y sobreidentificación). Por tanto, en los siguientes análisis, se hizo uso de una u otra puntuación en función del objeto de la investigación. En cualquier caso, sí se consideró recomendado, siempre que fuera posible, el uso de las subescalas *self-warmth* y *self-coldness* para obtener una información más completa de las relaciones entre autocompasión y las otras variables examinadas.

2. Objetivo 2. Examinar si los resultados obtenidos en las variables examinadas son coherentes con la literatura existente.

Como ha sido revisado a lo largo de la introducción existen varios resultados todavía contradictorios en la literatura existente, por ejemplo si existen diferencias de género en la autoestima, la autocompasión o el bienestar emocional. También existen discrepancias respecto a las prevalencias del acoso. Por tanto, se estimó relevante evaluar dichos resultados en la presente muestra.

Previo a los análisis comparativos, se realizó una comprobación en cuanto a las prevalencias de acoso sufrido y ejercido en el total de la muestra. En dichos análisis se pudo comprobar que los datos estaban en la línea de lo encontrado en estudios realizados en España (Craig et al., 2009; Díaz-Aguado, 2013).

En primer lugar, se examinó si existían diferencias en ajuste psicológico en función del género, la edad y el lugar de origen. Cuando se examinaron las diferencias en función del género en las variables autoestima, autocompasión y bienestar emocional (afecto positivo y negativo), los chicos obtuvieron unas puntuaciones significativamente superiores en las variables positivas de ajuste psicológico (autoestima, autocompasión y bienestar emocional); y unas puntuaciones significativamente inferiores en las variables asociadas al malestar psicológico (*self-coldness* y sus componentes y afecto negativo). En todos los casos estas diferencias mostraron un tamaño del efecto pequeño. Por lo general, las diferencias se encontraron con mayor facilidad en los componentes negativos que en los componentes positivos de las distintas escalas en los que en muchos casos no hubo diferencias (humanidad compartida, autoamabilidad, mindfulness, *self-warmth* y afecto positivo).

La diferencia encontrada entre chicos y chicas en la variable autoestima es coherente con lo informado en otras investigaciones con adolescentes y adultos (Bluth y Blanton, 2015; Neff y McGehee, 2010).

Un aspecto pendiente de examinar en las investigaciones publicadas hasta el momento es si existen diferencias en función del género en los componentes de la autocompasión en los adolescentes. Según el presente estudio, las diferencias se encuentran en los componentes negativos de la autocompasión y no tanto en los positivos, de lo que podemos concluir que existe una tendencia a que las chicas se traten peor a sí mismas ante sus defectos, fallos e imperfecciones, de lo que lo hacen los chicos. Existen diversas razones por las que esto puede suceder.

Estos resultados encajan con algunos metaanálisis publicados que apuntan a que estas diferencias pueden deberse a que las mujeres muestran una tendencia a infravalorarse respecto a los hombres que muestran una mayor tendencia a autoensalzarse (Magee y Upenieks, 2019) o a que las chicas están o se sienten más expuestas al escrutinio social por parte de los demás (Fredrickson y Roberts, 1997). Aunque los resultados de estos dos estudios se obtuvieron con adultos, parece que estas diferencias van apareciendo según avanza la adolescencia y se cristalizan en la edad adulta (Arslan et al., 2016). Tomados en conjunto con los datos del presente estudio tanto en autoestima como en autocompasión, parece probable que exista una mayor tendencia en las chicas a infravalorarse, autocriticarse o, al menos, a contestar de un modo más comedido sobre sus capacidades o incluso bienestar. Dados los beneficios que pueden aportar los tratamientos basados en autocompasión para el bienestar y para amortiguar el autocriticismo, parece prometedor incluir el trabajo sobre la autocompasión como un componente en programas de prevención de la salud mental y tratamiento con adolescentes, especialmente para las chicas.

Además del género, se examinó si podían existir diferencias también en función de la edad. En las variables que hubo diferencias significativas, el grupo de menor edad (12-14 años) mostró unas puntuaciones significativamente mayores en las variables positivas examinadas (*self-warmth*, autocompasión total y en el componente de amabilidad para con uno mismo y bienestar emocional) y unas puntuaciones significativamente menores en el componente de

sobreidentificación de la escala de autocompasión. Cuando se examinaron estas diferencias en la edad, tomando también en consideración el género, se pudo comprobar que las diferencias se debían principalmente a lo encontrado en el grupo de las chicas y no en el de los chicos. Estos resultados son en parte contrarios a lo informado en otros estudios con adultos en los que se encontró que la autocompasión aumenta progresivamente con la edad (Neff y Vonk, 2009), sin embargo, los resultados presentados en este trabajo sí son acordes a lo encontrado con adolescentes (Bluth et al., 2017). Por tanto, parece lógico pensar que los niveles de autocompasión son más elevados al comienzo de la adolescencia, después descienden en la adolescencia tardía y posteriormente, según avanza la edad adulta, van aumentando. También conviene advertir la naturaleza transversal del presente estudio, y por tanto harían falta estudios longitudinales que corroboraran estas conclusiones.

En segundo lugar, en cuanto a las variables de calidez y rechazo familiar los resultados van en la misma línea que en las variables de ajuste psicológico: los chicos tienen una percepción más positiva de las relaciones familiares, se sienten más aceptados y menos rechazados por sus padres. Esto podría deberse a que las chicas tienden a mostrar un desarrollo madurativo más rápido y pueden considerar que existe un mayor distanciamiento respecto a sus figuras de referencia, también podría deberse a que las chicas perciben que sus padres no comprenden bien sus emociones, sentimientos o formas de pensar. Esta conclusión se sostiene también en que en el presente estudio se pudo comprobar que existían diferencias en la percepción de aceptación y rechazo familiar dependiendo de la edad, sin embargo, estas diferencias se debían a las diferencias encontradas en las chicas en función de la edad, es decir, las chicas del grupo de mayor edad declararon sentir una menor aceptación y un mayor rechazo familiar que las de menor edad. Estos resultados tienen sentido desde el punto de vista evolutivo; ya que según los adolescentes van asegurando su identidad y ganando en autonomía van distanciándose más de los padres y va disminuyendo el afecto percibido. Sin

embargo, parece que este cambio es más destacado en el caso de las chicas que en el caso de los chicos.

Probablemente, estudios que incorporen medidas cualitativas y diseños longitudinales podrían ayudar a aclarar estas diferencias.

En tercer lugar, en lo que se refiere al bullying autoinformado, en el presente estudio se encontraron unos índices de prevalencia generales en línea a la literatura existente realizada con muestras españolas (Craig et al., 2009; Díaz Aguado et al., 2013). También, en la presente muestra, se pudo comprobar que el cyberbullying era la mitad de frecuente que el bullying lo que también se corresponde con los estudios de prevalencia existentes (Díaz Aguado et al., 2013). Sin embargo, con la inclusión de medidas heteroinformadas se detectaron más casos. Esto no quiere decir que las prevalencias estimadas por una medida u otra sean incorrectas o no, simplemente se hace necesario el uso de ambos tipos de medidas para tener unas prevalencias de acoso más acertadas y detectar con mayor precisión posibles casos que se escapan a las medidas autoinformadas (Babarro, 2014); ya que hay diversos factores como la deseabilidad social, el evitar ser un “chivato” o la intimidación que pueden influir sobre las respuestas. Por el contrario, las medidas heteroinformadas incluyen mayor número de observadores lo que las hace más objetivas y más sensibles para la detección de los casos. Como reto futuro queda pendiente establecer un consenso para determinar qué medidas heteroinformadas son las más apropiadas para detectar el acoso, del mismo modo que se ha logrado, con alguna salvedad, en el caso del bullying autoinformado (Solberg, M. E. y Olweus, 2003b).

En cuanto a las diferencias en función del género, los chicos autoinformaron de participar con frecuencia en agresiones físicas, verbales y sociales en mayor grado que las chicas y que, sin embargo, tanto las chicas como los chicos informaron de sufrir ese tipo de agresiones con la misma frecuencia. Por tanto, cuando se hizo uso de medidas autoinformadas, las diferencias encontradas en función del género coincidieron con los

resultados de las investigaciones existentes (Díaz-Aguado et al., 2013; Smith et al., 2019). Sin embargo, cuando se incluyeron medidas heteroinformadas, los resultados fueron algo diferentes. Sí se encontró que en las medidas autoinformadas las chicas informaban de sufrir más acoso, y, sin embargo, en las medidas heteroinformadas eran los chicos los que eran señalados en mayor medida por sus compañeros como posibles víctimas de acoso. Una posible explicación a estos datos es que las chicas sean más conscientes del acoso y tengan actitudes más claras contrarias al mismo, lo que les ayuda a reconocerlo más fácilmente (Trach et al, 2010). Otra posible explicación es que para los chicos sea más difícil reconocerse en el rol de víctima; o un último argumento posible es que el tipo de violencia que sufren las chicas sea más sutil (por ej., violencia social) (Trach et al, 2010), y solo sea evidente para la propia víctima, pero no para el resto de los compañeros. En cualquier caso, el presente estudio aporta evidencia de que el uso combinado de medidas autoinformadas con medidas heteroinformadas pueden ayudar a aclarar algunos de los temas pendientes de resolver en la literatura sobre la prevalencia del bullying o sobre las consecuencias que este puede tener.

Cuando se examinaron los niveles de agresiones sufridas y ejercidas en función de la edad, se pudo comprobar que los menores informaban de sufrir victimización física, verbal y cyberbullying con mayor frecuencia que el grupo de mayor edad. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de participación en las agresiones. Esto sería coherente con lo encontrado en otros estudios (Barrio et al., 2008; Currie et al., 2004) que han utilizado exclusivamente medidas autoinformadas. Sin embargo, cuando se examinaron las medidas heteroinformadas, el bullying ocurría con mayor frecuencia en el grupo de mayor edad. Esta aparente contradicción probablemente sea debida a que los alumnos de mayor edad reconocen con mayor facilidad el bullying.

Por último, en lo que se refiere a la prosociabilidad, se encontró una mayor tendencia a ayudar a los demás a edades más tempranas y las chicas mostraron una tendencia a

comportarse de un modo amable y respetuoso con los compañeros y ayudar a los miembros de su clase cuando estos lo necesitan.

Como conclusiones de este estudio, podríamos decir que, en general, los resultados de los análisis descriptivos se corresponden con la mayoría de la literatura existente, lo que da pie a pensar que el presente estudio y los hallazgos encontrados a partir de este momento pueden tener validez externa para otras muestras similares. Además, el presente estudio añade nuevos matices como el estudio de las diferencias en función del género en los componentes de la autocompasión o la importancia de incluir medidas auto y heteroinformadas por pares para resolver algunas de las cuestiones pendientes en la literatura existente. Asunto en el que se profundizó en el siguiente estudio.

3. Objetivo 3. Evaluar el ajuste psicológico en función de los perfiles en la dinámica del bullying evaluado a través de medidas autoinformadas y heteroinformadas por pares.

Como se explicó en la introducción, la gran mayoría de los artículos que han examinado el ajuste psicológico de las víctimas y de los agresores se han basado en medidas autoinformadas, es decir, dejando la duda de si las asociaciones encontradas son debidas a problemas de autoestima o a sesgos a la hora de percibir el comportamiento de uno mismo. En los análisis descriptivos, ya se encontraron discrepancias entre lo obtenido con medidas autoinformadas y con medidas heteroinformadas. Por tanto, en un segundo estudio (estudio 5) se examinó esta cuestión en mayor profundidad. El objetivo fue evaluar si existían diferencias en las variables de ajuste psicológico (autoestima, afecto positivo y negativo y autocompasión total, componentes de la autocompasión y subescalas *self-coldness*, *self-warmth*) en función de si el perfil en la dinámica del acoso era autoinformado o heteroinformado.

En relación al ajuste psicológico, cuando se emplean exclusivamente cuestionarios autoinformados se encuentran resultados en la línea de las investigaciones existentes, es decir las víctimas tienen un peor ajuste psicológico, medido a través de autoestima, autocompasión y en bienestar emocional (Cerezo, 2009; Estévez et al., 2009; Rigby y Slee, 1991). Y por otro lado, los agresores muestran mayores puntuaciones en autoestima y bienestar emocional que las víctimas y los agresores-víctimas y valores similares en comparación con los no implicados. No ocurrió esto en el caso de las puntuaciones de autocompasión, aspecto que será analizado con más detenimiento más adelante. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre las víctimas y los agresores-víctimas en ninguna de las medidas examinadas, lo que es acorde a otros estudios con poblaciones similares (Estévez et al., 2009).

Sin embargo, tras la inclusión de las medidas heteroinformadas, los resultados muestran un matiz diferente. En el caso de las víctimas, declarar sufrir bullying fue lo que

guardó una mayor asociación con el ajuste psicológico, de tal modo que aquellos que fueron señalados por sus compañeros como posibles víctimas, pero no se reconocieron en ese rol, tuvieron un ajuste psicológico similar a los que no eran víctimas. Sin embargo, los que se reconocían en ese rol, aunque sus compañeros no los señalasen como víctimas, tuvieron un peor ajuste psicológico. Aquellos que se reconocieron como víctima y además fueron señalados por sus compañeros como víctimas, tuvieron las peores puntuaciones en las variables de ajuste psicológico, probablemente porque esas situaciones de acoso eran especialmente graves. Estos resultados apoyan la importancia de la subjetividad en el proceso de victimización y está relacionada con los estudios que han encontrado una relación bidireccional entre cierta sintomatología psicopatológica y victimización (Kochel et al., 2012; Sweeting et al., 2006). Este hallazgo también resulta relevante a la hora de intervenir con las víctimas de acoso; ya que no es extraño que el entorno (por ej. la familia o el profesorado) trabajen con las víctimas para convencerles del rol en el que están, no habiendo resultados empíricos que respalden ese modo de proceder o que favorezca un mejor ajuste psicológico por parte de la víctima.

En el caso de los agresores se encontraron menos diferencias entre los grupos en el ajuste psicológico que en el caso de las víctimas, pero el patrón fue similar al encontrado en víctimas auto y heteroinformadas: aquellos que se reconocieron en el rol de agresores mostraron un peor ajuste psicológico que los que no se reconocieron en ese rol, independientemente de que los compañeros los señalaran como posibles agresores. Los agresores pueden no reconocer su rol en el acoso debido a la deseabilidad social, la desconexión moral o simplemente porque desconfían de la anonimidad del test y quieren evitar las consecuencias (Solberg y Olweus, 2003). Además, los agresores, especialmente en la adolescencia, tienden a realizar las agresiones respaldados por el grupo o por parte de este y les suele servir para ganar apoyo y estatus. Además, tienden a mostrar poco conocimiento del daño que hacen en el otro y a excusar sus acciones o a culpabilizar a la víctima, por tanto, no

resulta extraño que los agresores que no se reconocen en el rol muestren puntuaciones normales en autoestima o bienestar emocional (Hawley y Vaughn, 2003; Vitaro et al., 2000). Esto es coherente con otros estudios que han encontrado que una alta autoestima está asociada a una mayor benevolencia a la hora de reconocer las agresiones que se realizan, pero no a un descenso real en las agresiones (Murphy et al., 2005). También desde el punto de vista de la teoría sociométrica (Leary et al., 2000), estos resultados tendrían sentido; ya que por qué van a encontrarse mal, personas que perciben que tienen la aprobación del grupo.

También es necesario señalar las limitaciones del estudio. En primer lugar, especialmente en las medidas autoinformadas y por la naturaleza correlacional del estudio, no podemos concluir si tener un peor estado psicológico lleva a una mayor sensibilidad a la hora de sentirse víctima de acoso o si, por el contrario, sufrir acoso es lo que lleva a ese peor estado psicológico. Aunque parece que puede existir cierta vulnerabilidad psicopatológica previa en algunas víctimas, los estudios longitudinales apuntan a que el acoso, con vulnerabilidad previa o no, tiene graves consecuencias sobre la salud psicológica (Moore et al., 2017).

En segundo lugar, aunque las medidas heteroinformadas han mostrado una fiabilidad alta, cabe la duda de si están midiendo lo mismo que las medidas autoinformadas, especialmente en el caso de los agresores, y de ahí, que haya casos que no se correspondan. En cualquier caso, parece que el uso conjunto de ambos tipos de medidas es de gran ayuda tanto para dilucidar temas controvertidos en la investigación, como para detectar situaciones de acoso que se escapan a las medidas autoinformadas y viceversa.

En tercer lugar, no se ha incluido el perfil de agresor-víctima heteroinformado, con lo que no podemos descartar que algunas de las víctimas sean también agresores o al revés. Esto supone un reto a nivel metodológico para futuras investigaciones; ya que los alumnos pueden contestar con un efecto halo y les es difícil categorizar a una misma persona en los dos perfiles.

Además, el tamaño de la muestra ha de ser mayor para permitir la creación de subgrupos de tamaño comparable.

Por último, es posible que los resultados comparativos encontrados entre los agresores auto- y heteroinformados puedan deberse a que las pruebas detectan perfiles diferentes dentro de los agresores, un perfil más caracterizado por una mala regulación emocional que desemboca en agresiones reactivas hacia otros miembros de la clase; y otro perfil más proactivo que ejerce la violencia de un modo instrumental para ganar estatus y poder en la clase (Avilés et al., 2011; Salmivalli y Nieminen, 2002). El hecho de que ambos perfiles, justamente hayan obtenido diferencias significativas en el componente mindfulness de la escala de autocompasión, muy relacionado con la regulación emocional, sería otro dato a favor de esta interpretación. Medidas auto- y heteroinformadas que ayuden a distinguir estos perfiles aclararán cómo es el ajuste psicológico de los agresores.

Contando con las mencionadas limitaciones, el presente estudio aporta conclusiones relevantes respecto al estudio de la asociación entre bullying, autoestima, afecto y autocompasión. En primer lugar, la presente investigación ofrece respaldo al uso conjunto de medidas autoinformadas y heteroinformadas para aclarar algunas de las cuestiones pendientes de resolver en la literatura sobre el bullying y sus consecuencias. En segundo lugar, se resalta la importancia de la subjetividad de agresores y víctimas en las repercusiones psicológicas del acoso. En tercer lugar y derivada de la segunda conclusión, este estudio respalda que el ajuste psicológico de los distintos perfiles es diferente y que, por tanto, las estrategias de prevención e intervención deberían ser diferentes en función de los perfiles, por ejemplo, trabajar la autoestima en los agresores no parece que pueda resolver el problema; y sin embargo, sí puede ser provechoso para las víctimas que pueden ganar seguridad en sí mismas y ser menos vulnerables a futuros ataques (Estévez et al., 2009; Sweeting et al., 2006).

4. Objetivo 4. Estudiar de manera exploratoria las características interpersonales de la autocompasión y la autoestima.

Otro objetivo de la presente investigación fue comparar la variable autoestima frente a la autocompasión en el contexto de la adolescencia y la dinámica del bullying. Uno de los motivos de que el estudio de la autocompasión haya proliferado tanto en los últimos años es un descontento con algunos matices del concepto de autoestima y con sus implicaciones, por ejemplo, investigaciones que encontraron que los agresores del bullying tienen una autoestima superior o igual a los no implicados (Cerezo, 2009), que llevaban a cuestionar lo saludable de tener una “alta” autoestima (Baumeister et al., 2003; Leary y Baumeister, 2000; Neff, 2009).

Los resultados aquí presentados indican que el comportamiento de ambas variables es diferente. En las medidas autoinformadas, agresores y no implicados puntuaron igual en autoestima; sin embargo, en la autocompasión los no implicados obtuvieron mayores puntuaciones, lo que nos lleva a pensar que los no implicados tienen una forma más saludable de relacionarse consigo mismos.

Las víctimas, que son señaladas por sus compañeros, pero no se reconocen en ese rol, tienden a tener una mayor autocompasión, derivada principalmente, no tanto de un buen trato hacia sí mismas (self-warmth), sino de no tratarse de un modo cruel (self-coldness), lo que da respaldo a considerar la autocompasión como un importante recurso para amortiguar las consecuencias del acoso y la victimización (Bluth y Blanton, 2015; Játiva y Cerezo, 2014), aspecto que también será examinado más adelante.

Por último, aquellos alumnos que son señalados por sus compañeros como agresores, pero que no se reconocen en ese rol, puntúan más alto en autocompasión que los agresores que sí se reconocen en ese rol. Esto da pie a hipotetizar que, a pesar de que, en teoría, la autocompasión es diferente de la indulgencia para con uno mismo (Germer y Neff, 2013), es

muy posible que la diferencia sea sutil para algunos alumnos de esta edad, o que la adaptación al español no recoja con precisión este matiz. También es posible que la autocompasión por sí sola no sirva para explicar estos datos y quizás sea necesario estudiar su interacción con otras variables, como por ejemplo variables de personalidad como ha ocurrido en otros estudios que han examinado las características interpersonales de la autocompasión (Baker y McNulty, 2011).

También se encontraron diferencias en función del género, según las cuales, en las chicas una baja puntuación en *self-warmth* se asoció a mayores puntuaciones en agresiones verbales, relacionales o en cyberbullying, pero no ocurrió así en el caso de los chicos. Esto puede ser debido a que más variables influyen en la agresividad de los chicos y que, en el caso de las chicas el no tratarse bien a sí mismas, ver sus emociones con perspectiva o sobreidentificarse con sus propias emociones puede llevarlas a participar con más asiduidad en este tipo de agresiones.

Por último, se evaluaron las relaciones entre la autoestima y la autocompasión y sus componentes con medidas heteroinformadas en agresividad, victimización, popularidad, prosociabilidad y preferencia social percibida. Se encontraron correlaciones significativas pero pequeñas, aunque se considera apropiado resaltarlas.

En el caso de los chicos se pudo comprobar que la autoestima era más sensible a la victimización y a la preferencia social recibida de lo que lo era la autocompasión, lo que tendría sentido desde la teoría sociométrica de la autoestima (Leary y Downs, 1995; Leary y Baumeister, 2000). También se encontró una asociación positiva entre la victimización heteroinformada y la subescala *self-coldness*, pero no con la subescala *self-warmth*, lo que de nuevo apunta a que las experiencias negativas dejan una mayor marca en el desarrollo de las habilidades intrapersonales que las experiencias agradables o positivas.

Tanto en chicas como en chicos se encontró una asociación positiva entre el tratarse bien a uno mismo y el mostrar comportamientos prosociales informados por los compañeros de clase, lo que sería coherente con lo encontrado en estudios autoinformados (Breines y Chen, 2013). Sin embargo, con la literatura revisada hasta el momento, este es el primer estudio que ha intentado estudiar las características interpersonales de la autocompasión empleando medidas heteroinformadas por pares. En este caso no se incluyeron medidas autoinformadas de prosociabilidad que habrían ayudado a comprender mejor los resultados.

Generalmente las correlaciones entre medidas autoinformadas y heteroinformadas incluso de un mismo rasgo tienden a ser pequeñas; con lo que correlaciones que establecen relaciones entre una variable autoinformada y otra heteroinformada diferentes es probable que den tamaños pequeños. Además, las correlaciones se establecen sobre relaciones lineales entre dos variables. En este caso, sería estimar que por cada punto que sube una puntuación en las escalas de autoestima y autocompasión, aumentarían también las puntuaciones típicas en las variables heteroinformadas. Por tanto, dada la dificultad de este tipo de estudios, consideramos relevante señalar las asociaciones encontradas; ya que pueden abrir interesantes líneas de investigación que respalden las diferencias en las características interpersonales de la autocompasión y de la autoestima.

Tomados en conjunto, estos datos apuntan a que la autocompasión y la prosociabilidad pueden estar relacionadas. No se encuentra que los agresores tengan una autocompasión mayor o menor que los grupos de los no implicados. Quedaría por responder en futuros estudios si esto puede ser positivo para hacerles desistir en su comportamiento o no. Sin embargo, sí que parece que hay una asociación entre autocompasión y prosociabilidad, quedaría por determinar si más comportamientos prosociales colaboran al desarrollo de la autocompasión o si la autocompasión colabora para adoptar papeles más prosociales y menos agresivos en la dinámica del bullying.

El presente estudio aclara el comportamiento diferencial de las variables autoestima y autocompasión en relación al acoso. Estas conclusiones son relevantes para la prevención e intervención clínica y educativa con alumnos víctimas o agresores de bullying.

Las correlaciones encontradas son pequeñas, especialmente si las comparamos con estudios que hacen uso de medidas exclusivamente autoinformadas. Sin embargo, en este caso se trata de poner en relación medidas autoinformadas con heteroinformadas de variables diferentes. En la literatura existente, cuando se ha estudiado la concordancia entre variables autoinformadas y heteroinformadas de un mismo rasgo psicológico estas son bajas (Clifton et al., 2005). Por tanto, aunque éstas sean bajas se estima conveniente señalarlas y discutir las; ya que pueden abrir un interesante campo de investigación y analizar esta cuestión fue uno de los principales motivadores del presente trabajo.

5. Objetivo 5. Evaluar qué componentes de la autocompasión predecían en mayor grado los niveles de autoestima en función del género.

Como se explicó en la introducción teórica el concepto de autocompasión surgió en gran medida como respuesta a la insatisfacción con el concepto de autoestima (Neff, 2003a). Aunque tener una alta autoestima no tiene por qué ser negativo en sí mismo, la autocompasión se ofreció como un concepto alternativo menos dependiente de la comparación social y que podía ser especialmente útil en los momentos en los que las circunstancias eran peores o en los que la autoestima flaqueaba.

A pesar de que la literatura existente ha teorizado sobre las diferencias entre ambas variables, apenas existen estudios empíricos que hayan contrastado el funcionamiento de ambas variables. Tampoco se ha investigado, hasta el momento, qué componentes de la autocompasión pueden tener una mayor influencia sobre la autoestima. En el presente estudio se realizó este análisis por género.

En primer lugar, se pudo comprobar que las escalas de autoestima y la puntuación total de autocompasión guardaban una correlación moderada pero, aun así, apenas compartirían el 35% de la varianza cuando se realizó el análisis en el total de la muestra. Por tanto, son dos variables que están claramente relacionadas lo que tiene sentido desde el punto de vista teórico y que también aluden a conceptos diferentes, lo que apoya la validez del constructo. Al dividir la muestra por género, se encontró que ambas variables guardaban una correlación mayor en el caso de las chicas que en el caso de los chicos, especialmente la subescala *self-coldness* es la que guarda una mayor relación con la autoestima.

En segundo lugar, se realizaron dos análisis de regresión para averiguar qué modelos basados en el afecto y en los componentes de la autocompasión predecían mejor las puntuaciones en autoestima. En el caso de los chicos, no juzgarse duramente y tratarse bien tras sus fallos e imperfecciones fueron los componentes que añadieron mayor valor predictivo

al modelo, es decir, fueron los componentes importantes para mantener una buena autoestima.

En el caso de las chicas, además de los componentes de autojuicio y amabilidad con uno mismo que ya aparecían en los chicos, también fue relevante en el modelo el componente de aislamiento, es decir, parece que en las chicas es especialmente importante sentir que sus fallos o sentimientos de imperfección son también compartidos por otras personas para guardar su autoestima.

La principal limitación del modelo presentado es que se trata de un estudio transversal, en el que es posible que los componentes de la autocompasión ayuden a predecir los niveles de autoestima, pero también que sea la autoestima la que predice los niveles en los componentes de autocompasión mencionados. Desde el punto de vista teórico, tendría más lógica la primera hipótesis; ya que la autocompasión parece un rasgo más estable y un recurso para enfrentar situaciones difíciles (Neff y Vonk, 2009); mientras que la autoestima parece más bien un indicador del sentido de valía con uno mismo en un momento dado. Sin embargo, también es cierto que las previsiones que las personas realizan sobre cómo les afectarán acontecimientos futuros tienden a ser bastante desacertadas (Gilbert y Wilson, 2007; Kahneman y Tversky, 1973, 1977). Por tanto, sería recomendable continuar con la realización de estudios longitudinales que examinen esta cuestión y que también recojan si las personas están pasando por un momento de especial dificultad.

6. Objetivo 6. Estudiar la influencia de la familia y los iguales en el desarrollo de la autocompasión

Recapitulando lo expresado en el inicio del capítulo dedicado al estudio empírico, el objetivo fue comprobar empíricamente la asociación entre la calidez y el rechazo familiar y la autocompasión, una asociación lógica y expresada en la literatura desde el punto de vista teórico (Gilbert y Irons, 2009; Gilbert, 2014b), pero apenas examinada desde el punto de vista práctico. En segundo lugar, examinar si la relación con los compañeros, medida específicamente a través de los diferentes tipos de violencia y el buen trato recibido, tiene una asociación con la autocompasión.

Refiriéndose a la primera hipótesis, los resultados hallados tanto en los análisis correlaciones como en los de regresión muestran que efectivamente existe una asociación en la dirección esperada entre la calidez y el rechazo familiar percibida por los adolescentes y los niveles de autocompasión, es decir, estilos parentales caracterizados por un mayor afecto, comprensión y comunicación estuvieron asociados positivamente con la autocompasión. Además, en línea con lo encontrado en el análisis de regresión, resultaron especialmente interesantes los resultados hallados en relación a *self-warmth* y *self-coldness*. Según estos resultados, se puede concluir que las experiencias de frialdad tienen una mayor influencia sobre el modo en que se tratan después los adolescentes que las experiencias de afecto. Es decir, que los adolescentes se traten a sí mismo con bondad, tengan una emocionalidad equilibrada y sepan entender sus fallos e imperfecciones como parte de la condición humana, está asociado por supuesto a relaciones familiares cálidas, pero sobre todo a que no sean hostiles o frías.

En relación a la segunda hipótesis, efectivamente se encontró que el rechazo por parte de los iguales también predecía, junto con el rechazo familiar, los niveles de autocompasión, pero solo en el grupo de menor edad. Este hallazgo es muy probable que se deba a que la adolescencia temprana es una época más sensible a la interacción con los iguales y a que estas

interacciones puedan tener un mayor peso que en la adolescencia tardía sobre las habilidades intrapersonales como la autocompasión. Por otro lado, las dinámicas que tienden a producirse en los grupos de clase en ambas edades suelen ser diferentes. En la preadolescencia hay una mayor presión por pertenecer al grupo general, sin embargo, más adelante los adolescentes buscan grupos de referencia más pequeños con los que comparten gustos, inquietudes y formas de actuar más concretas. Es muy posible que, cuando se tiene un grupo de seguridad, el rechazo por parte del grupo ejerza una influencia menor en cómo los adolescentes se tratan a sí mismos. En cualquier caso, futuros estudios que tengan en cuenta las amistades recíprocas u otro tipo de variables ayudarán a clarificar esta cuestión.

Aunque este estudio cuenta con la limitación de ser un estudio transversal, da apoyo empírico a las publicaciones teóricas de Gilbert según las cuales el desarrollo de la autocompasión está íntimamente ligado a la calidez en las relaciones interpersonales especialmente a las que se tiene con las figuras de apego (Gilbert y Irons, 2009). Además, abre una interesante línea de investigación sobre cómo la interacción con los iguales también puede tener un peso en el desarrollo de la autocompasión especialmente en los períodos más sensibles del desarrollo.

Otro reto para el futuro se deriva de que a pesar de que el modelo de la aceptación y el rechazo familiar y de los iguales es significativo, la capacidad para explicar la varianza en la autocompasión es pequeña (entre un 9% y un 14%), lo que deja un amplio margen a investigar qué otras variables pueden influir en el desarrollo de buenos niveles de autocompasión.

7. Objetivo 7. Evaluar el potencial papel de la autocompasión como variable mediadora entre ser víctima de acoso y ajuste emocional

Como fue presentado en la introducción, la autocompasión se ha asociado el bienestar en diversas muestras y también se ha mostrado como un importante recurso para afrontar situaciones de estrés y malestar. Sin embargo, todavía no se había puesto en relación al bullying. En el presente estudio se examinaron dos cuestiones, en primer lugar cómo afectan los distintos tipos de bullying (directo e indirecto) sobre el bienestar emocional y, en segundo lugar, si la autocompasión podría mediar la relación entre sufrir bullying el bienestar emocional.

Para responder a la primera pregunta se categorizó el bullying recibido en dos tipos, por un lado bullying directo, que incluía las agresiones verbales y físicas; y por otro lado el bullying indirecto, caracterizado por ser objeto de rumores y de marginación a propósito dentro del grupo. Los resultados mostraron que ambos tipos de bullying estaban asociados con el afecto negativo, pero además que solo el bullying indirecto estuvo asociado negativamente con el afecto positivo. Es decir, que ser víctima de agresiones físicas y verbales por supuesto impacta en la frecuencia con la que los adolescentes sienten emociones desagradables como miedo, culpa o nerviosismo; pero que cuando se es víctima de la marginación y del rechazo, también se asocia con una menor frecuencia de emociones agradables como experimentar entusiasmo, orgullo o sentirse con energía y activo. Estos resultados son lógicos ya que sufrir agresiones físicas no invalida que un menor pueda tener otros momentos de satisfacción dentro del grupo con otros compañeros distintos del agresor pero que, cuando se ejerce la violencia relacional el menor queda privado de la posibilidad de disfrutar de otras relaciones personales. Esta conclusión es relevante; ya que el profesorado tiende a reconocer e intervenir ante el bullying con mayor facilidad cuando este es directo, pero lo hacen en menor grado cuando se trata de violencia indirecta (Bauman y Del Rio, 2006). Conocer el nocivo impacto

que la violencia indirecta tienen sobre los adolescentes debe ser tomado en consideración a la hora de diseñar programas de prevención y de intervención en el bullying.

En el presente estudio también se halló una asociación entre los distintos tipos de bullying y la autocompasión. Como ya se explicó en el estudio relacionado con el desarrollo de la autocompasión, una posible interpretación es que crecer en un entorno hostil con los iguales dificulta la capacidad para tratarse bien a uno mismo.

Por último y acabando con los análisis preliminares, los resultados del presente estudio encontraron una asociación positiva entre la autocompasión y el bienestar. Como era de esperar, la autocompasión guardó una asociación positiva con el afecto positivo y negativa con el afecto negativo. En cualquier caso, esta asociación fue más fuerte con el afecto negativo que con el afecto positivo. Estos resultados son consistentes con lo encontrado en otras investigaciones tanto con adolescentes como con adultos (Bluth et al., 2017; Neff, Rude, y Kirkpatrick, 2007) y es coherente con la conceptualización teórica de la autocompasión, que se refiere a una actitud de aceptación y voluntad de alivio ante situaciones de sufrimiento. Esto quiere decir por tanto que, tener altos niveles de autocompasión puede servir como factor protector en los momentos difíciles, pero que su capacidad para estimular emociones positivas en momentos buenos es más limitada.

Una vez testadas las asociaciones entre las distintas variables, se examinó el potencial efecto mediador de la autocompasión entre ser víctima de bullying (relacional y directo) y el bienestar emocional medido a través del afecto positivo y negativo. Los resultados mostraron que la autocompasión fue un mediador parcial entre ser víctima de bullying directo y relacional y el afecto negativo. Estos resultados son congruentes con la literatura existente que muestra que la autocompasión era un mediador entre la victimización por parte de los iguales y el estrés traumático, la depresión, las autolesiones o el mal ajuste psicológico (Játiva y Cerezo, 2014; Jiang et al., 2016; Xavier et al., 2016; Zeller et al., 2015). Este resultado es un resultado

alentador y anima a trabajar este importante recurso psicológico en las víctimas de bullying para que puedan tener un mayor bienestar emocional (Edwards et al., 2014; Galla, 2016).

Es también necesario indicar las limitaciones del presente estudio. Primero, se trata de un estudio correlacional, por lo que las conclusiones extraídas son tan válidas como considerar, por ejemplo, que los estudiantes con mayores niveles de bienestar tienden a informar de mayores niveles de autocompasión y de menores niveles de bullying. Segundo, los cuestionarios son autoinformados por lo que los resultados pueden verse influidos por la varianza común o por otros sesgos. Por ejemplo, los participantes con una alta autocompasión pueden considerar las agresiones recibidas como algo normal dentro de las experiencias en el colegio; mientras que los alumnos con una baja autocompasión pueden considerar conflictos normales como bullying. Por ello, estudios longitudinales y con diversos informantes podrían ayudar a esclarecer esta relación.

En resumen, el presente estudio aumenta el conocimiento sobre las relaciones entre bullying, bienestar y autocompasión en los adolescentes. También da apoyo a la idea de que el bullying relacional puede ser más dañino y doloroso para el bienestar emocional que el bullying directo. Por último, da respaldo a la inclusión del entrenamiento en autocompasión como un componente importante de los programas de prevención y de intervención con las víctimas de bullying.

La principal limitación de este estudio es que es transversal. A pesar de que existen publicaciones que han hecho uso de diseños correlacionales transversales para validar la hipótesis de la mediación (Tomich y Tolich, 2019), lo cierto es que estudios longitudinales pueden ayudar a extraer conclusiones más claras sobre el potencial papel mediacional de la autocompasión. En cualquier caso, el presente estudio añade evidencia a que efectivamente la autocompasión podría amortiguar los nocivos efectos del bullying sobre el bienestar

emocional y que, en el futuro, merece examinar esta cuestión con mayor rigurosidad en estudios longitudinales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. R., y Skitch, S. A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1127-1140. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.011>
- Aber, L., Brown, J. L., Jones, S. M., Berg, J., y Torrente, C. (2011). School-based strategies to prevent violence, trauma, and psychopathology: The challenges of going to scale. *Development and Psychopathology*, 23(2), 411-421. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000149>
- Aberson, C. L., Healy, M., y Romero, V. (2000). Ingroup bias and self-esteem: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 4(2), 157-173. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0402_04
- About, F. E., y Joong, A. (2008). Intergroup name-calling and conditions for creating assertive bystanders. *Intergroup Attitudes and Relations in Childhood through Adulthood*, 249-260.
- Abrams, D. E., y Hogg, M. A. (1990). *Social identity theory: Constructive and critical advances*. Springer-Verlag Publishing.
- Ackerman, R. A., Witt, E. A., Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., y Kashy, D. A. (2011). What does the narcissistic personality inventory really measure? *Assessment*, 18(1), 67-87. <https://doi.org/10.1177%2F1073191110382845>
- Adams, C. E., y Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1120-1144. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.10.1120>

- Ahlin, E. M., y Antunes, M. J. L. (2015). Locus of control orientation: Parents, peers, and place. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(9), 1803-1818. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0253-9>
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.5.888>
- Akaike, H. (1998). Information theory and an extension of the maximum likelihood principle. *Selected papers of hirotugu akaike* (pp. 199-213). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-1694-0_15
- Akın, U. (2014). Self-Compassion as a Predictor of Proactivity. *International Online Journal of Educational Sciences*, 6(1). <http://dx.doi.org/10.15345/iojes.2014.01.011>
- Akomolafe, M. J., Ogunmakin, A. O., y Fasooto, G. M. (2013). The role of academic self-efficacy, academic motivation and academic self-concept in predicting secondary school students' academic performance. *Journal of Educational and Social Research*, 3(2), 335. <http://dx.doi.org/10.5901/jesr.2013.v3n2p335>
- Albertson, E. R., Neff, K. D., y Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Alizadeh Maralani, F., Mirnasab, M., y Hashemi, T. (2019). The predictive role of maternal parenting and stress on pupils' bullying involvement. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(17), 3691-3710. <https://doi.org/10.1177/0886260516672053>
- Allen, A. B., Barton, J., y Stevenson, O. (2015). Presenting a self-compassionate image after an interpersonal transgression. *Self and Identity*, 14(1), 33-50. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.946958>

- Allport, G. W., Clark, K., y Pettigrew, T. (1954). *The nature of prejudice*. MA: Addition-Wesley.
- Almeida, A. (1999). Portugal." In: Smith, PK, Morita, y Junger-Tas, J., Olweus, D, Catalano, R. and Slee, P.(Eds) *The Nature of School Bullying: A Cross-national Perspective*. New York and London: Routledge.
- Alonso, C., y Romero, E. (2017). Aggressors and victims in bullying and cyberbullying: A study of personality profiles using the five-factor model. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, E76. doi:10.1017/sjp.2017.73
- Alsaker, F. D., y Olweus, D. (1992). Stability of global self-evaluations in early adolescence: A cohort longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 2(2), 123-145. https://doi.org/10.1207/s15327795jra0202_2
- Amabile, T. M., y Glazebrook, A. H. (1982). A negativity bias in interpersonal evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18(1), 1-22. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(82\)90078-6](https://doi.org/10.1016/0022-1031(82)90078-6)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- Anthony, D. B., Wood, J. V., y Holmes, J. G. (2007). Testing sociometer theory: Self-esteem and the importance of acceptance for social decision-making. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(3), 425-432. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2006.03.002>
- Anusic, I., y Schimmack, U. (2016). Stability and change of personality traits, self-esteem, and well-being: Introducing the meta-analytic stability and change model of retest correlations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(5), 766-781. <https://doi.org/10.1037/pspp0000066>; [10.1037/pspp0000066.supp](https://doi.org/10.1037/pspp0000066.supp)

- Archer, J., y Coyne, S. M. (2005). An integrated review of indirect, relational, and social aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 9(3), 212-230.
https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0903_2
- Arias Martínez, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía y B. Arias (Coords.), *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales*. Salamanca: INICO.
- Arimitsu, K. (2014). Development and validation of the Japanese version of the Self-Compassion Scale. *Shinrigaku Kenkyu : The Japanese Journal of Psychology*, 85(1), 50-59.
<https://doi.org/10.4992/jjpsy.85.50>
- Arndt, J., y Goldenberg, J. L. (2002). From threat to sweat: The role of physiological arousal in the motivation to maintain self-esteem. En A. Tesser, D. A. Stapel, & J. V. Wood (Eds.), *Self and motivation: Emerging psychological perspectives* (p. 43–69). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10448-002>
- Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., Recinos, L. A., Gaszner, P., Peter, M., y Battagliese, G. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27(4), 613-628. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00192-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00192-5)
- Arsenio, W. F., y Lemerise, E. A. (2001). Varieties of childhood bullying: Values, emotion processes, and social competence. *Social Development*, 10(1), 59-73.
<https://doi.org/10.1111/1467-9507.00148>

- Arslan, C. (2016). Interpersonal Problem Solving, Self-Compassion and Personality Traits in University Students. *Educational Research and Reviews*, 11(7), 474-481. <https://doi.org/10.5897/ERR2015.2605>
- Artz, S. (2005). To die for: Violent adolescent girls' search for male attention. En *The Development and Treatment of Girlhood Aggression* (Ed. D Pepler, K Madsen, C Webster, K Levene), (pp. 137–159). Erlbaum.
- Atienza, F., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Escala de autoestima de Rosenberg. *Recuperado de <https://www.uv.es/uipd/cuestionarios/accesolibre/ear>*
- Atik, G., y Guneri, O. Y. (2013). Bullying and victimization: Predictive role of individual, parental, and academic factors. *School Psychology International*, 34(6), 658-673. <https://doi.org/10.1177/0143034313479699>
- Austin, S., y Joseph, S. (1996). Assessment of bully/victim problems in 8 to 11 year-olds. *British Journal of Educational Psychology*, 66(4), 447-456. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1996.tb01211.x>
- Avilés, J. M., Irurtia, M. J., García-Lopez, L. J., y Caballo, V. E. (2011). El maltrato entre iguales: "bullying". *Psicología Conductual*, 19(1), 57-90.
- Ayas, T. (2012). The effect of parental attitudes on bullying and victimizing levels of secondary school students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 55, 226-231. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.498>
- Azizi, A., Mohammadkhani, P., Lotfi, S., y Bahramkhani, M. (2013). The validity and reliability of the Iranian version of the Self-Compassion Scale. *Practice in Clinical Psychology*, 1(3), 149-155.
- Babarro, J. M. (2014). Assessment and detection of peer-bullying through analysis of the group context. *Psicothema*, 26(3), 357-363. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.85>

- Babenko, O., Mosewich, A., Abraham, J., y Lai, H. (2018). Contributions of psychological needs, self-compassion, leisure-time exercise, and achievement goals to academic engagement and exhaustion in Canadian medical students. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 15 (2). <https://doi.org/10.3352/jeehp.2018.15.2>
- Bailey, S. D., y Ricciardelli, L. A. (2010). Social comparisons, appearance related comments, contingent self-esteem and their relationships with body dissatisfaction and eating disturbance among women. *Eating Behaviors*, 11(2), 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.12.001>
- Baker, L. R., y McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 853-873. <https://doi.org/10.1037/a0021884>
- Baldry, A. C. (2003). Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse y Neglect*, 27(7), 713-732. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00114-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00114-5)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bang, Y. R., y Park, J. H. (2017). Psychiatric disorders and suicide attempts among adolescents victimized by school bullying. *Australasian Psychiatry*, 25(4), 376-380. <https://doi.org/10.1177/1039856217715987>
- Barker, E. D., Arseneault, L., Brendgen, M., Fontaine, N., y Maughan, B. (2008). Joint development of bullying and victimization in adolescence: Relations to delinquency and self-harm. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1030-1038. <https://doi.org/10.1097/CHI.ObO13e31817eec98>

- Barlett, C., y Coyne, S. M. (2014). A meta-analysis of sex differences in cyber-bullying behavior: The moderating role of age. *Aggressive Behavior*, 40(5), 474-488.
<https://doi.org/10.1002/ab.21555>
- Barrio, C. d., Martín, E., Montero, I., Gutiérrez, H., Barrios, Á, y de Dios Pérez, M^a. (2008). Bullying and social exclusion in Spanish secondary schools: National trends from 1999 to 2006. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 657-677.
<http://hdl.handle.net/20.500.12020/576>
- Batson, C. D., Ahmad, N., Lishner, D. A., y Tsang, J. (2016). Empathy and altruism. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (p. 485–498). Oxford University Press.
- Batson, C. D., Klein, T. R., Highberger, L., y Shaw, L. L. (1995). Immorality from empathy-induced altruism: When compassion and justice conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(6), 1042-1054. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.6.1042>
- Battistich, V., Solomon, D., y Delucchi, K. (1993). Interaction processes and student outcomes in cooperative learning groups. *The Elementary School Journal*, 94(1), 19-32.
<https://doi.org/10.1086/461748>
- Bauman, S., y Del Rio, A. (2006). Preservice teachers' responses to bullying scenarios: Comparing physical, verbal, and relational bullying. *Journal of Educational Psychology*, 98(1), 219-231.
- Baumeister, R. F. (1993). Understanding the inner nature of low self-esteem: Uncertain, fragile, protective, and conflicted. *Self-esteem* (pp. 201-218). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_11
- Baumeister, R. F., Bushman, B. J., y Campbell, W. K. (2000). Self-esteem, narcissism, and aggression: Does violence result from low self-esteem or from threatened egotism?

Current Directions in Psychological Science, 9(1), 26-29. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00053>

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., y Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science*, 4(1), 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>

Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., y Tice, D. M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(1), 141-156.

Baumeister, R. F., Smart, L., y Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103(1), 5-33.

Baumeister, R. F., Tice, D. M., y Hutton, D. G. (1989). Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem. *Journal of Personality*, 57(3), 547-579. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1989.tb02384.x>

Beaumont, E., Rayner, G., Durkin, M., y Bowling, G. (2017). The effects of Compassionate Mind Training on student psychotherapists. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(5), 300-312. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-06-2016-0030>

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Hoeber Medical Division, Harper y Row.

Becker, P. (1985). Coping behavior and mental-health. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie-Forschung Und Praxis*, 14(3), 169-184.

Benda, J., y Reichova, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze self-compassion scale (SCS-CZ). *Ceskoslovenska Psychologie*, 60(2), 120-136.

- Bender, D., y Lösel, F. (2011). Bullying at school as a predictor of delinquency, violence and other anti-social behaviour in adulthood. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(2), 99-106. <https://doi.org/10.1002/cbm.799>
- Benjet, C., y Hernandez-Guzman, L. (2001). Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents. *Adolescence*, 36(141), 47-65.
- Bentler, P. M., y Chu, C. P. (1987). Practical issues in structural modelling, sociological methods and research, 16. 78-117.
- Berryhill, M. B., Hayes, A., y Lloyd, K. (2018). Chaotic-enmeshment and anxiety: the mediating role of psychological flexibility and self-compassion. *Contemporary Family Therapy*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9461-2>
- Bibeau, M., Dionne, F., y Leblanc, J. (2016). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A review. *Mindfulness*, 7(1), 255-263. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0439-y>
- Biby, E. L. (1998). The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 489-499. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199806\)54:4%3C489::AID-JCLP10%3E3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199806)54:4%3C489::AID-JCLP10%3E3.0.CO;2-B)
- Bishop, J. A., y Inderbitzen, H. M. (1995). Peer acceptance and friendship: An investigation of their relation to self-esteem. *The Journal of Early Adolescence*, 15(4), 476-489. <https://doi.org/10.1177/0272431695015004005>
- Björkqvist, K., Lagerspetz, K. M., y Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 18(2), 117-127. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(1992\)18:2%3C117::AID-AB2480180205%3E3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-2337(1992)18:2%3C117::AID-AB2480180205%3E3.0.CO;2-3)

- Björkqvist, K., Österman, K., y Kaukiainen, A. (1992). The development of direct and indirect aggressive strategies in males and females. En K. Björkqvist & P. Niemelä (Eds.), *Of mice and women: Aspects of female aggression* (p. 51–64). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-102590-8.50010-6>
- Blackhart, G. C., Baumeister, R. F., y Twenge, J. M. (2006). Rejection's Impact on Self-Defeating, Prosocial, Antisocial, and Self-Regulatory Behaviors. En K. D. Vohs & E. J. Finkel (Eds.), *Self and relationships: Connecting intrapersonal and interpersonal processes* (p. 237–253). The Guilford Press.
- Blackhart, G. C., Nelson, B. C., Knowles, M. L., y Baumeister, R. F. (2009). Rejection elicits emotional reactions but neither causes immediate distress nor lowers self-esteem: A meta-analytic review of 192 studies on social exclusion. *Personality and Social Psychology Review, 13*(4), 269-309. <https://doi.org/10.1177/1088868309346065>
- Blackie, R. A., y Kocovski, N. L. (2018a). Examining the relationships among self-compassion, social anxiety, and post-event processing. *Psychological Reports, 121*(4), 669-689. <https://doi.org/10.1177%2F0033294117740138>
- Blackie, R. A., y Kocovski, N. L. (2018b). Forgive and Let Go: Effect of Self-Compassion on Post-Event Processing in Social Anxiety. *Mindfulness, 9*(2), 654-663. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0808-9>
- Blaine, B., y Crocker, J. (1993). Self-esteem and self-serving biases in reactions to positive and negative events: An integrative review. *Self-esteem* (pp. 55-85). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_4
- Blakemore, S., y Frith, U. (2005). *The learning brain: Lessons for education*. Blackwell publishing.

- Blankertz, L. (2001). Cognitive components of self esteem for individuals with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(4), 457-465.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.4.457>
- Blascovich, J., y Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*, 1, 115-160. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50008-3>
- Bleidorn, W., Hufer, A., Kandler, C., Hopwood, C. J., y Riemann, R. (2018). A nuclear twin family study of self-esteem. *European Journal of Personality*, 32(3), 221-232.
<https://doi.org/10.1002/per.2136>
- Bluth, K., y Blanton, P. W. (2014). Mindfulness and self-compassion: Exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1298-1309.
<https://doi.org/10.1007/s10826-013-9830-2>
- Bluth, K., y Blanton, P. W. (2015). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 219-230. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936967>
- Bluth, K., Campo, R. A., Futch, W. S., y Gaylord, S. A. (2017). Age and gender differences in the associations of self-compassion and emotional well-being in a large adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 840-853. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0567-2>
- Blyth, D. A., Simmons, R. G., y Carlton-Ford, S. (1983). The adjustment of early adolescents to school transitions. *The Journal of Early Adolescence*, 3(1-2), 105-120.
<https://doi.org/10.1177%2F027243168331008>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., y Horwood, L. J. (2007). Self-esteem and violence: Testing links between adolescent self-esteem and later hostility and violent behavior. *Social Psychiatry*

and *Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 881-891. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0251-7>

Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., y Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9286-8>

Bonanno, G. A., Field, N. P., Kovacevic, A., y Kaltman, S. (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(2), 184-196. <https://doi.org/10.1177/0146167202282005>

Bonanno, R. A., y Hymel, S. (2013). Cyber bullying and internalizing difficulties: Above and beyond the impact of traditional forms of bullying. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(5), 685-697. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9937-1>

Borg, M. G. (1998). The emotional reaction of school bullies and their victims. *Educational Psychology*, 18(4), 433-444. <https://doi.org/10.1080/0144341980180405>

Bosson, J. K. (2006). Conceptualization, Measurement, and Functioning of Nonconscious Self-Esteem. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (p. 53–59). Psychology Press.

Bosson, J. K., Brown, R. P., Zeigler-Hill, V., y Swann, W. B. (2003). Self-enhancement tendencies among people with high explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-esteem. *Self and Identity*, 2(3), 169-187. <https://doi.org/10.1080/15298860309029>

Bosson, J. K., Lakey, C. E., Campbell, W. K., Zeigler-Hill, V., Jordan, C. H., y Kernis, M. H. (2008). Untangling the links between narcissism and self-esteem: A theoretical and empirical

- review. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(3), 1415-1439.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00089.x>
- Bosson, J. K., Swann Jr, W. B., y Pennebaker, J. W. (2000). Stalking the perfect measure of implicit self-esteem: The blind men and the elephant revisited? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 631. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.4.631>
- Bosworth, H. B., Schaie, K. W., y Willis, S. L. (1999). Cognitive and sociodemographic risk factors for mortality in the Seattle Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(5), P273-P282.
<https://doi.org/10.1093/geronb/54B.5.P273>
- Boulton, M. J., y Underwood, K. (1992). Bully/victim problems among middle school children. *British Journal of Educational Psychology*, 62(1), 73-87. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1992.tb01000.x>
- Bowes, L., Arseneault, L., Maughan, B., Taylor, A., Caspi, A., y Moffitt, T. E. (2009). School, neighborhood, and family factors are associated with children's bullying involvement: A nationally representative longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 48(5), 545-553. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819cb017>
- Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., y Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 809-817.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02216.x>
- Bowles, T. (1999). The development of a model linking time orientation, self esteem and academic achievement: Part I-developing the model. *Journal of Applied Health Behaviour*, 1(1), 27-31.
- Branden, N., & Archibald, S. (1982). *The psychology of self-esteem*. Bantam Books.

- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., y Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214. <https://doi.org/10.1111/bjc.12009>
- Braehler, C., Harper, J., y Gilbert, P. (2013). Compassion focused group therapy for recovery after psychosis. En C. Steel (Ed.), *CBT for schizophrenia: Evidence-based interventions and future directions* (p. 235–266). Wiley Blackwell.
- Braeken, J., y Van Assen, M. A. (2017). An empirical Kaiser criterion. *Psychological Methods*, 22(3), 450-466. <https://doi.org/10.1037/met0000074>
- Branson, C. E., y Cornell, D. G. (2009). A comparison of self and peer reports in the assessment of middle school bullying. *Journal of Applied School Psychology*, 25(1), 5-27. <https://doi.org/10.1080/15377900802484133>
- Bratt, A., y Fagerström, C. (2020). Self-compassion in old age: confirmatory factor analysis of the 6-factor model and the internal consistency of the Self-compassion scale-short form. *Aging y Mental Health*, 24(4), 642-648. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1569588>
- Braun, T. D., Gutierrez, I. A., Park, C. L., y Angelina, H. (2014). Differential relations between mindfulness, self-compassion, and eating behavior. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 20(5), A138. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.5369.abstract>
- Breines, J. G., y Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality y Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133-1143. <https://doi.org/10.1177/0146167212445599>

- Breines, J. G., y Chen, S. (2013). Activating the inner caregiver: The role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(1), 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.07.015>
- Breines, J.G., Toole, A., Tu, C., y Chen, S. (2014). Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self and Identity*, 13(4), 432-448. <https://doi.org/10.1080/15298868.2013.838992>
- Brenner, R. E., Heath, P. J., Vogel, D. L., y Credé, M. (2017). Two is more valid than one: Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale (SCS). *Journal of Counseling Psychology*, 64(6), 696 –707. <https://doi.org/10.1037/cou0000211>
- Brenner, R. E., Vogel, D. L., Lannin, D. G., Engel, K. E., Seidman, A. J., y Heath, P. J. (2018). Do self-compassion and self-coldness distinctly relate to distress and well-being? A theoretical model of self-relating. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 346 – 357. <https://doi.org/10.1037/cou0000257>
- Brewer, G., y Kerslake, J. (2015). Cyberbullying, self-esteem, empathy and loneliness. *Computers in Human Behavior*, 48, 255-260. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.01.073>
- Brewin, C. B., y Firth-Cozens, J. (1997). Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(3), 242–246. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.2.3.242>.
- Brighi, A., Guarini, A., Melotti, G., Galli, S., y Genta, M. L. (2012). Predictors of victimisation across direct bullying, indirect bullying and cyberbullying. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 17(3-4), 375-388. <https://doi.org/10.1080/13632752.2012.704684>
- Brockner, J., y Lloyd, K. (1986). Self-esteem and likability: Separating fact from fantasy. *Journal of Research in Personality*, 20(4), 496-508. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(86\)90128-5](https://doi.org/10.1016/0092-6566(86)90128-5)

- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., y Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 3(4), 308-317. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0106-5>
- Brown, B. B., y Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. En R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Contextual influences on adolescent development* (p. 74–103). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy002004>
- Brown, G. W., y Harris, T. (1978). Social origins of depression: a reply. *Psychological Medicine*, 8(4), 577-588. <https://doi.org/10.1017/S0033291700018791>
- Brown, G. W., y Harris, T. (1986). Stressor, vulnerability and depression: a question of replication. *Psychological Medicine*, 16(4), 739-744. <https://doi.org/10.1017/S0033291700011740>
- Brown, J. D., y Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (p. 4–9). Psychology Press.
- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods y Research*, 21(2), 230-258. <https://doi.org/10.1177%2F0049124192021002005>
- Brummelman, E., Thomaes, S., y Sedikides, C. (2016). Separating narcissism from self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 25(1), 8-13. <https://doi.org/10.1177%2F0963721415619737>
- Buckley, K. E., Winkel, R. E., y Leary, M. R. (2004). Reactions to acceptance and rejection: Effects of level and sequence of relational evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(1), 14-28. [https://doi.org/10.1016/S0022-1031\(03\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0022-1031(03)00064-7)

- Buhlmann, U., Teachman, B. A., Naumann, E., Fehlinger, T., y Rief, W. (2009). The meaning of beauty: Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 694-702. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.008>
- Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M. T., y Reis, H. T. (1988). Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(6), 991–1008. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.6.991>
- Burklund, L. J., Eisenberger, N. I., y Lieberman, M. D. (2007). The face of rejection: rejection sensitivity moderates dorsal anterior cingulate activity to disapproving facial expressions. *Social Neuroscience*, 2(3-4), 238-253. <https://doi.org/10.1080/17470910701391711>
- Burnstein, E., Crandall, C., y Kitayama, S. (1994). Some neo-Darwinian decision rules for altruism: Weighing cues for inclusive fitness as a function of the biological importance of the decision. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(5), 773 –789. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.5.773>
- Burwell, R. A., y Shirk, S. R. (2006). Self processes in adolescent depression: The role of self-worth contingencies. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 479-490. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2006.00503.x>
- Bushman, B. J., y Baumeister, R. F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 219 -229
- Buss, D. M., y Kenrick, D. T. (1998). Evolutionary social psychology. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (p. 982–1026). McGraw-Hill.

- Butler, A. C., Hokanson, J. E., y Flynn, H. A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 166–177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.166>
- Byrne, B. M. (1989). Multigroup comparisons and the assumption of equivalent construct validity across groups: Methodological and substantive issues. *Multivariate Behavioral Research*, 24(4), 503-523. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2404_7
- Byrne, B. M. (1996). *Measuring self-concept across the life span: Issues and instrumentation*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10197-000>
- Cacioppo, J. T., y Hawkey, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), S39-S52.
- Calvo, A. J., González, R., y Martorell, M. C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. *Infancia Y Aprendizaje*, 24(1), 95-111. <https://doi.org/10.1174/021037001316899947>
- Cameron, J. J., y Granger, S. (2019). Does self-esteem have an interpersonal imprint beyond self-reports? A meta-analysis of self-esteem and objective interpersonal indicators. *Personality and Social Psychology Review*, 23(1), 73-102. <https://doi.org/10.1177/1088868318756532>
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. McGraw-Hill.
- Campbell, J. D., y Fehr, B. (1990). Self-esteem and perceptions of conveyed impressions: Is negative affectivity associated with greater realism? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 122.

- Cândea, D., y Szentágotai-Táatar, A. (2018). The Impact of Self-Compassion on Shame-Proneness in Social Anxiety. *Mindfulness*, 9(6), 1816–1824.
<https://doi.org/10.1007/s12671-018-0924-1>
- Caporael, L. R. (1997). The evolution of truly social cognition: The core configurations model. *Personality and Social Psychology Review*, 1(4), 276-298.
https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0104_1
- Caporael, L. R. (2001). Evolutionary psychology: Toward a unifying theory and a hybrid science. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 607-628.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.607>
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., y Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Development*, 79(5), 1185-1229.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x>
- Carlo, G., McGinley, M., Hayes, R., Batenhorst, C., y Wilkinson, J. (2007). Parenting styles or practices? Parenting, sympathy, and prosocial behaviors among adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 168(2), 147-176. <https://doi.org/10.3200/GNTP.168.2.147-176>
- Carlson, J., y Maniaci, M. P. (2012). *Alfred Adler revisited*. Routledge.
- Carmines, E. G., y McIver, J. P. (1983). An introduction to the analysis of models with unobserved variables. *Political Methodology*, 9(1), 51-102.
- Carnelley, K. B., y Janoff-Bulman, R. (1992). Optimism about love relationships: General vs specific lessons from one's personal experiences. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9(1), 5-20. <https://doi.org/10.1177/s0265407592091001>

- Carney, J. V. (2008). Perceptions of bullying and associated trauma during adolescence. *Professional School Counseling, 11*(3), 179-188
<https://doi.org/10.1177/2156759X0801100304>
- Casas, J. A., Del Rey, R., y Ortega-Ruiz, R. (2013). Bullying and cyberbullying: Convergent and divergent predictor variables. *Computers in Human Behavior, 29*(3), 580-587.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.11.015>
- Castilho, P., y Pinto-Gouveia, J. (2011). Self-Compassion: Validation of the Portuguese version of the Self-Compassion Scale and its relation with early negative experiences, social comparison and psychopathology. *Psychologica, 54*, 203-231.
- Castro, J., Toro, J., Van der Ende, J., y Arrindell, W. A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with Theambu. *International Journal of Social Psychiatry, 39*(1), 47-57.
<https://doi.org/10.1177%2F002076409303900105>
- Catarino, F., Gilbert, P., MCewaN, K., y Baião, R. (2014). Compassion motivations: Distinguishing submissive compassion from genuine compassion and its association with shame, submissive behavior, depression, anxiety and stress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 33*(5), 399-412. <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.5.399>
- Catterson, J., y Hunter, S. C. (2010). Cognitive mediators of the effect of peer victimization on loneliness. *British Journal of Educational Psychology, 80*(3), 403-416.
<https://doi.org/10.1348/000709909X481274>
- Cenkseven Onder, F., y Yurtal, F. (2008). An Investigation of the Family Characteristics of Bullies, Victims, and Positively Behaving Adolescents. *Educational Sciences: Theory and Practice, 8*(3), 821-832.

- Cerezo, F. (2009). Bullying: análisis de la situación en las aulas españolas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(3), 383-394.
- Chan, K. L., Brownridge, D. A., Yan, E., Fong, D. Y., y Tiwari, A. (2011). Child maltreatment polyvictimization: Rates and short-term effects on adjustment in a representative Hong Kong sample. *Psychology of Violence*, 1(1), 4–15. <https://doi.org/10.1037/a0020284>
- Chang, E. C., Yu, T., Najarian, A. S., Wright, K. M., Chen, W., Chang, O. D., Du, Y., y Hirsch, J. K. (2017). Understanding the Association Between Negative Life Events and Suicidal Risk in College Students: Examining Self-Compassion as a Potential Mediator. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 745-755. <https://doi.org/10.1002/jclp.22374>
- Charmaz, K. C. (1980). The social construction of self-pity in the chronically ill. *Studies in Symbolic Interaction*, 3, 123–145.
- Chemers, M. M., Watson, C. B., y May, S. T. (2000). Dispositional affect and leadership effectiveness: A comparison of self-esteem, optimism, and efficacy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 267-277. <https://doi.org/10.1177%2F0146167200265001>
- Chen, J., Yan, L., y Zhou, L. (2011). Reliability and validity of Chinese version of Self-compassion Scale. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 19(6), 734–736.
- Chiessi, M., Cicognani, E., y Sonn, C. (2010). Assessing Sense of Community on adolescents: validating the brief scale of Sense of Community in adolescents (SOC-A). *Journal of Community Psychology*, 38(3), 276-292. <https://doi.org/10.1002/jcop.20364>
- Cho, S., Hong, J. S., Sterzing, P. R., y Woo, Y. (2017). Parental attachment and bullying in South Korean adolescents: Mediating effects of low self-control, deviant peer associations, and delinquency. *Crime y Delinquency*, 63(9), 1168-1188. <https://doi.org/10.1177%2F0011128717714968>

- Choo, P. Y., y Marszalek, J. M. (2018). Self-Compassion: A Potential Shield Against Extreme Self-Reliance? *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 20(3), 971–994. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9978-y>.
- Ciesla, J. A., y Roberts, J. E. (2002). Self-directed thought and response to treatment for depression: A preliminary investigation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4), 435-453. <https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.435.52528>
- Clark, D. M., y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (p. 69–93). The Guilford Press.
- Cleare, S., Gumley, A., Cleare, C. J., y O'Connor, R. C. (2018). An investigation of the factor structure of the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, 9(2), 618-628. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0803-1>
- Clifton, A., Turkheimer, E., y Oltmanns, T. F. (2005). Self-and peer perspectives on pathological personality traits and interpersonal problems. *Psychological Assessment*, 17(2), 123 – 131. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.123>.
- Coccaro, E. F., y Kavoussi, R. J. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*, 54(12), 1081-1088. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830240035005>
- Cockerham, E., Stopa, L., Bell, L., y Gregg, A. (2009). Implicit self-esteem in bulimia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 265-273. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.003>.
- Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: a review. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(3), 145 – 153. <https://doi.org/10.1037/h0045186>.

- Coldwell, J., Pike, A., y Dunn, J. (2006). *Family relationships in middle childhood*. Jessica Kingsley Publishers.
- Collett, N., Pugh, K., Waite, F., y Freeman, D. (2016). Negative cognitions about the self in patients with persecutory delusions: an empirical study of self-compassion, self-stigma, schematic beliefs, self-esteem, fear of madness, and suicidal ideation. *Psychiatry Research, 239*, 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.043>
- Collins, N. L., y Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644 – 663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A., y Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(2), 406–413. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.2.406>
- Comrey, A. L., y Lee, H. B. (1992). Interpretation and application of factor analytic results. *Comrey AL, Lee HB. A First Course in Factor Analysis, 2, 1992.*
- Connolly, J. A., y Mclsaac, C. (2009). Romantic relationships in adolescence. The role of friends and peers in their emergence and development. En W. Furman, B. B. Brown, & C. Feiring (Eds.), *The development of romantic relationships in adolescence* (266–290). Cambridge University Press
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., y Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly, 25*(2), 65-83.
- Coolidge, F. L., DenBoer, J. W., y Segal, D. L. (2004). Personality and neuropsychological correlates of bullying behavior. *Personality and Individual Differences, 36*(7), 1559-1569. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.06.005>

- Copeland, W. E., Bulik, C. M., Zucker, N., Wolke, D., Lereya, S. T., y Costello, E. J. (2015). Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective longitudinal analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1141-1149. <https://doi.org/10.1002/eat.22459>
- Coric, D., y Murstein, B. I. (1993). Bulimia nervosa: Prevalence and psychological correlates in a college community. *Eating Disorders*, 1(1), 39-51. <https://doi.org/10.1080/10640269308248265>
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., y Castilho, P. (2016). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 23(5), 460-468. <https://doi.org/10.1002/cpp.1974>
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1985). The NEO personality inventory. En Kazdin, Alan E. (Ed). (2000). *Encyclopedia of psychology*, Vol. 5, (407-409). Washington, DC, US: American Psychological Association. Oxford University Press.
- Coyne, J. C., Gallo, S. M., Klinkman, M. S., y Calarco, M. M. (1998). Effects of recent and past major depression and distress on self-concept and coping. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 86 –96. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.86>.
- Coyne, J. C., y Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118(3), 358 –378. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.3.358>
- Craig, W., Harel-Fisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dostaler, S., Hetland, J., Simons-Morton, B., Molcho, M., de Mato, M. G., Overpeck, M., y Due, P. (2009a). A cross-national profile of

- bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health*, 54(2), 216-224. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5413-9>
- Craig, W. M., y Pepler, D. J. (2003). Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(9), 577-582. <https://doi.org/10.1177%2F070674370304800903>
- Crespo-Ramos, S., Romero-Abrio, A., Martínez-Ferrer, B., y Musitu, G. (2017). Variables psicosociales y violencia escolar en la adolescencia. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 125-130. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.05.002>
- Crick, N. R., Casas, J. F., y Mosher, M. (1997). Relational and overt aggression in preschool. *Developmental Psychology*, 33(4), 579 –588. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.4.579>.
- Crick, N. R., y Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66(3), 710-722. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00900.x>
- Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., y Bouvrette, A. (2003). Contingencies of self-worth in college students: theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 894 -908.
- Crocker, J., y Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130(3), 392 –414. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.392>.
- Crocker, J., Thompson, L. L., McGraw, K. M., y Ingerman, C. (1987). Downward comparison, prejudice, and evaluations of others: Effects of self-esteem and threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 907-916.
- Crocker, J., y Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108(3), 593-623.

- Cruz Perez, R. (1973). The effect of experimentally induced failure, self-esteem, and sex on cognitive differentiation. *Journal of Abnormal Psychology, 81*(1), 74 – 79. <https://doi.org/10.1037/h0033974>
- Cunha, M., Martinho, M. I., Xavier, A. M., y Espirito-Santo, H. (2014). Early memories of positive emotions and its relationships to attachment styles, self-compassion and psychopathology in adolescence. *European Psychiatry, 28*(1),1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76444-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76444-7)
- Curbow, B., y Somerfield, M. (1991). Use of the Rosenberg Self-Esteem Scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 9*(2), 113-131. https://doi.org/10.1300/J077v09n02_08
- Currie, C., Roberts, C., Settertobulte, W., Morgan, A., Smith, R., Samdal, O., Barnekow Rasmussen, V., y World Health Organization. (2004). *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Currie, J., y Thomas, D. (1993). *Does Head Start make a Difference?* No. w4406. National Bureau of Economic Research, 1993.
- Dalai Lama. Training the Mind: Verse 7. *Dalailama.com*. <https://www.dalailama.com/teachings/training-the-mind/training-the-mind-verse-7>
- Damon, W. (1995). Greater expectations: Overcoming the culture of indulgence in America's homes and schools. *Psychiatric Services, 48*(11), 1478–1479. <https://doi.org/10.1176/ps.48.11.1478-a>
- D'Augelli, A. R., Pilkington, N. W., y Hershberger, S. L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high

school. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 148–167. <https://doi.org/10.1521/scpq.17.2.148.20854>

Davis, K., y Koepke, L. (2016). Risk and protective factors associated with cyberbullying: Are relationships or rules more protective? *Learning, Media and Technology*, 41(4), 521-545. <https://doi.org/10.1080/17439884.2014.994219>

Daye, C. A., Webb, J. B., y Jafari, N. (2014). Exploring self-compassion as a refuge against recalling the body-related shaming of caregiver eating messages on dimensions of objectified body consciousness in college women. *Body Image*, 11(4), 547-556. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.08.001>

de Souza, L. K., y Hutz, C. S. (2016). Adaptation of the self-compassion scale for use in Brazil: evidences of construct validity. *Temas Em Psicologia*, 24(1), 159-172. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-11>.

Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1995). Human autonomy. *Efficacy, agency, and self-esteem*. In: Kernis M.H. (eds) *Efficacy, Agency, and Self-Esteem*. The Springer Series in Social Clinical Psychology. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1280-0_3

Deković, M., y Janssens, J. M. (1992). Parents' child-rearing style and child's sociometric status. *Developmental Psychology*, 28(5), 925 –932. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.925>

DeLongis, A., Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 486 –495. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.486>

Demaray, M. K., y Malecki, C. K. (2003). Perceptions of the frequency and importance of social support by students classified as victims, bullies, and bully/victims in an urban middle school. *School Psychology Review*, 32(3), 471-489.

- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Secord, S. M., y Lyell, K. M. (2013). Agreement among students', teachers', and parents' perceptions of victimization by bullying. *Children and Youth Services Review, 35*(12), 2091-2100. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.10.018>
- Deniz, M., Kesici, Ş, y Sümer, A. S. (2008). The validity and reliability of the Turkish version of the Self-Compassion Scale. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 36*(9), 1151-1160. <https://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.9.1151>
- Derogatis, L. R. (1979). Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). The Corsini encyclopedia of psychology, 1-2. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- DeWall, C. N., MacDonald, G., Webster, G. D., Masten, C. L., Baumeister, R. F., Powell, C., Combs, D., Schurtz, D. R., Stillman, T. F., y Tice, D. M. (2010). Acetaminophen reduces social pain: Behavioral and neural evidence. *Psychological Science, 21*(7), 931-937. <https://doi.org/10.1177%2F0956797610374741>
- Dewsaran-van der Ven, C., van Broeckhuysen-Kloth, S., Thorsell, S., Scholten, R., De Gucht, V., y Geenen, R. (2018). Self-compassion in somatoform disorder. *Psychiatry Research, 262*, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.013>
- Di Paula, A., y Campbell, J. D. (2002). Self-esteem and persistence in the face of failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(3), 711 –724. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.3.711>
- Diamanduros, T., Downs, E., y Jenkins, S. J. (2008). The role of school psychologists in the assessment, prevention, and intervention of cyberbullying. *Psychology in the Schools, 45*(8), 693-704. <https://doi.org/10.1002/pits.20335>
- Díaz-Aguado, M. J., Martínez, R., y Martín, J. (2010). Estudio estatal sobre la convivencia escolar en la Educación Secundaria Obligatoria. *Observatorio Convivencia Escolar*.

- Díaz-Aguado Jalón, M. J., Martínez Arias, R., y Martín Babarro, J. (2013). El acoso entre adolescentes en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen la victimización. *Revista de Educación*, 362, 348-379.
- Dick, G. L., y Bronson, D. (2005). Adult men's self-esteem: The relationship with the father. *Families in Society*, 86(4), 580-588. <https://doi.org/10.1606%2F1044-3894.3464>
- Diden, R., Scholte, R. H. J., Korzilius, H., de Moor, Jan M. H., Vermeulen, A., O'Reilly, M., Lang, R., y Lancioni, G. E. (2009). Cyberbullying among students with intellectual and developmental disability in special education settings. *Developmental Neurorehabilitation*, 12(3), 146-151. <https://doi.org/10.1080/17518420902971356>
- Diedrich, A., Burger, J., Kirchner, M., y Berking, M. (2017). Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 247-263. <https://doi.org/10.1111/papt.12107>
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., y Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P., y Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.04.003>
- Diener, E., y Diener, M. (2009). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Culture and well-being*. En: Diener E. (eds) Culture and Well-Being. Social Indicators Research Series, vol 38. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0_4 (pp. 71-91). Springer.

- Diener, E., Wolsic, B., y Fujita, F. (1995). Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 120-129. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.120>
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., y Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335. <https://doi.org/10.1111%2Fj.0956-7976.2005.01535.x>
- Dooley, J. J., Pyzalski, J., y Cross, D. (2009). Cyberbullying versus face-to-face bullying: A theoretical and conceptual review. *Zeitschrift Für Psychologie/Journal of Psychology*, 217(4), 182-188. <https://doi.org/10.1027/0044-3409.217.4.182>
- Døssing, M., Nilsson, K. K., Svejstrup, S. R., Sørensen, V. V., Straarup, K. N., y Hansen, T. B. (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.010>
- Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I. A., y Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 754-764. <https://doi.org/10.1177/1359105315573438>
- Dudley, J., Eames, C., Mulligan, J., y Fisher, N. (2018). Mindfulness of voices, self-compassion, and secure attachment in relation to the experience of hearing voices. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/bjc.12153>
- Duke, A. A., Bègue, L., Bell, R., y Eisenlohr-Moul, T. (2013). Revisiting the serotonin–aggression relation in humans: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139(5), 1148-1172
- Dunbar, R. I. (1998). The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews: Issues, News, and Reviews*, 6(5), 178-190. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6505\(1998\)6:5%3C178::AID-EVAN5%3E3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6505(1998)6:5%3C178::AID-EVAN5%3E3.0.CO;2-8)

- Dunkley, D. M., y Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.017>
- Eberly, M. B., y Montemayor, R. (1998). Doing good deeds: An examination of adolescent prosocial behavior in the context of parent-adolescent relationships. *Journal of Adolescent Research*, 13(4), 403-432. <https://doi.org/10.1177%2F0743554898134003>
- Echeburúa, E., y Arbona, C. B. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Martínez Roca.
- Eden, S., Heiman, T., y Olenik-Shemesh, D. (2016). Bully versus victim on the internet: The correlation with emotional-social characteristics. *Education and Information Technologies*, 21(3), 699-713. <https://doi.org/10.1007/s10639-014-9348-2>
- Egeland, B., Kalkoske, M., Gottesman, N., y Erickson, M. F. (1990). Preschool behavior problems: Stability and factors accounting for change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(6), 891-909. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00832.x>
- Eicher, A. C., Davis, L. W., y Lysaker, P. H. (2013). Self-compassion: a novel link with symptoms in schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(5), 389-393. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31828e10fa>
- Eiden, R. D., Ostrov, J. M., Colder, C. R., Leonard, K. E., Edwards, E. P., y O'range-Torchia, T. (2010). Parent alcohol problems and peer bullying and victimization: Child gender and toddler attachment security as moderators. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 39(3), 341-350. <https://doi.org/10.1080/15374411003691768>
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Haines, J., y Wall, M. (2006). Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: longitudinal findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 675-683. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.07.002>

- Eisenberg, N., y Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14(2), 131-149.
<https://doi.org/10.1007/BF00991640>
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., y Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290-292.
<https://doi.org/10.1126/science.1089134>
- Eisenbraun, K. D. (2007). Violence in schools: Prevalence, prediction, and prevention. *Aggression and Violent Behavior*, 12(4), 459-469.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.09.008>
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.
<https://doi.org/10.2307/1127100>
- Enger, J. M., Howerton, D. L., y Cobbs, C. R. (1994). Internal/external locus of control, self-esteem, and parental verbal interaction of at-risk black male adolescents. *The Journal of Social Psychology*, 134(3), 269-274. <https://doi.org/10.1080/00224545.1994.9711730>
- Epstein, S. (2006). Conscious and Unconscious Self-Esteem from the Perspective of Cognitive-Experiential Self-Theory. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (p. 69–76). Psychology Press.
- Epstein S., Morling B. (1995) Is the Self Motivated To Do More Than Enhance and/or Verify Itself?. In: Kernis M.H. (eds) *Efficacy, Agency, and Self-Esteem*. The Springer Series in Social Clinical Psychology. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1280-0_2
- Erginoz, E., Alikasifoglu, M., Ercan, O., Uysal, O., Alp, Z., Ocak, S., Oktay Tanyildiz, G., Ekici, B., Yucel, I. K., y Albayrak Kaymak, D. (2015). The role of parental, school, and peer factors in adolescent bullying involvement: Results from the Turkish HBSC 2005/2006 study. *Asia*

Pacific Journal of Public Health, 27(2), NP1591-NP1603.

<https://doi.org/10.1177%2F1010539512473144>

Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle: Selected papers*. International Universities Press.

Erikson, E. H. (1968). Generativity and ego integrity. En B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging* (pp. 85– 87). University of Chicago Press.

Eslea, M., Menesini, E., Morita, Y., O'Moore, M., Mora-Merchán, J. A., Pereira, B., y Smith, P. K. (2004). Friendship and loneliness among bullies and victims: Data from seven countries. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 30(1), 71-83. <https://doi.org/10.1002/ab.20006>

Espelage, D. L. (2016). Leveraging school-based research to inform bullying prevention and policy. *American Psychologist*, 71(8), 768 –775. <https://doi.org/10.1037/amp0000095>

Espelage, D. L., Bosworth, K., y Simon, T. R. (2001). Short-term stability and prospective correlates of bullying in middle-school students: An examination of potential demographic, psychosocial, and environmental influences. *Violence and Victims*, 16(4), 411-426. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.16.4.411>

Espelage, D., Green, H., y Polanin, J. (2012). Willingness to intervene in bullying episodes among middle school students: Individual and peer-group influences. *The Journal of Early Adolescence*, 32(6), 776-801. <https://doi.org/10.1177%2F0272431611423017>

Espelage, D. L., y Holt, M. K. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse*, 2(2-3), 123-142. https://doi.org/10.1300/J135v02n02_08

Estévez López, E., & Jiménez Gutiérrez, T. I. (2015). Conducta agresiva y ajuste personal y escolar en una muestra de estudiantes adolescentes Españoles [Aggressive behavior and

- personal and school adjustment in a sample of Spanish adolescent students]. *Universitas Psychologica*, 14(1), 111–124.
- Estévez López, E., Martínez Ferrere, B., y Musitu Ochoa, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Psychosocial Intervention*, 15(2), 223-232.
- Estévez, E., Murgui, S., y Musitu, G. (2009). Psychological adjustment in bullies and victims of school violence. *European Journal of Psychology of Education*, 24(4), 473-483. <https://doi.org/10.1007/BF03178762>
- Fahy, A. E., Stansfeld, S. A., Smuk, M., Smith, N. R., Cummins, S., y Clark, C. (2016). Longitudinal associations between cyberbullying involvement and adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 502-509. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.006>
- Farrington, D. P. (1993). Understanding and preventing bullying. *Crime and Justice*, 17, 381-458.
- Feeney, B. C., y Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 972 –994. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.6.972>
- Fein, S., y Spencer, S. J. (1997). Prejudice as self-image maintenance: Affirming the self through derogating others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 31 – 44. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.1.31>
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., Fredriks, A. M., Vogels, T., y Verloove-Vanhorick, S. P. (2006). Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*, 117(5), 1568-1574. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0187>

- Felder, J. N., Lemon, E., Shea, K., Kripke, K., y Dimidjian, S. (2016). Role of self-compassion in psychological well-being among perinatal women. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 687-690. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0628-2>
- Feldstein, H. D. (2013). *Emotional Intelligence y Hostile Attributional Bias: An Examination of Social Skills and the Psychosocial Variables that Influence Bullying* (Tesis no publicada). New Hampshire University, Durham.
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., Simón, V., y Soler, J. (2017). Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: a randomized pilot study. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 24(1), 278-286. <https://doi.org/10.1002/cpp.2000>
- Felix, E. D., Sharkey, J. D., Green, J. G., Furlong, M. J., y Tanigawa, D. (2011). Getting precise and pragmatic about the assessment of bullying: The development of the California Bullying Victimization Scale. *Aggressive Behavior*, 37(3), 234-247. <https://doi.org/10.1002/ab.20389>
- Fennell, M. J. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 1-26. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015368>
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., y Jencius, S. (2010). Shame-and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 811-815. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.002>
- Fernández, M. Á R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Ferrari, M., Dal Cin, M., y Steele, M. (2017). Self-compassion is associated with optimum self-care behaviour, medical outcomes and psychological well-being in a cross-sectional

- sample of adults with diabetes. *Diabetic Medicine*, 34(11), 1546-1553.
<https://doi.org/10.1111/dme.13451>
- Ferreira, C., Matos, M., Duarte, C., y Pinto-Gouveia, J. (2014). Shame memories and eating psychopathology: The buffering effect of self-compassion. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 487-494. <https://doi.org/10.1002/erv.2322>
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., y Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(2), 207-210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.005>.
- Fickova, E. (1999). Personality dimensions and self-esteem indicators relationships. *Studia Psychologica*, 41(4), 323-328.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Finlay-Jones, A. L. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*, 21(2), 90-103. <https://doi.org/10.1111/cp.12131>
- Finn, J. (2004). A survey of online harassment at a university campus. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(4), 468-483. <https://doi.org/10.1177%2F0886260503262083>
- Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L., y Caspi, A. (2012a). Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *Bmj*, 344, e2683. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2683>
- Fleming, J. S., y Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(2), 404 –421. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.2.404>

- Flouri, E., y Buchanan, A. (2002). Life satisfaction in teenage boys: The moderating role of father involvement and bullying. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 28(2), 126-133. <https://doi.org/10.1002/ab.90014>
- Fong, M., y Loi, N. M. (2016). The Mediating Role of Self-compassion in Student Psychological Health. *Australian Psychologist*, 51(6), 431-441. <https://doi.org/10.1111/ap.12185>
- Fonseca, A., y Canavarro, M. C. (2018). Exploring the paths between dysfunctional attitudes towards motherhood and postpartum depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 25(1), e96-e106. <https://doi.org/10.1002/cpp.2145>
- Ford, J., Klibert, J. J., Tarantino, N., y Lamis, D. A. (2017). Savouring and Self-compassion as Protective Factors for Depression. *Stress and Health*, 33(2), 119-128. <https://doi.org/10.1002/smi.2687>
- Forsyth, D. R., Lawrence, N. K., Burnette, J. L., & Baumeister, R. F. (2007). Attempting to improve the academic performance of struggling college students by bolstering their self-esteem: An intervention that backfired. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(4), 447-459. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.4.447>
- Foster, H., y Brooks-Gunn, J. (2013). Neighborhood, family and individual influences on school physical victimization. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(10), 1596-1610. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9890-4>
- Fousiani, K., Dimitropoulou, P., Michaelides, M. P., y Van Petegem, S. (2016). Perceived parenting and adolescent cyber-bullying: Examining the intervening role of autonomy and relatedness need satisfaction, empathic concern and recognition of humanness. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2120-2129. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0401-1>

- Fox, C. L., y Farrow, C. V. (2009). Global and physical self-esteem and body dissatisfaction as mediators of the relationship between weight status and being a victim of bullying. *Journal of Adolescence*, 32(5), 1287-1301. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.12.006>
- Foxx, R. M., y Roland, C. E. (2005). The self-esteem fallacy. *Controversial Therapies for Developmental Disabilities* (pp. 123-134). Routledge.
- Fraley, R. C., y Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132 -154. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., y Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045 – 1062. <https://doi.org/10.1037/a0013262>
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., y Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025-1035. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004056>
- Fresnics, A., y Borders, A. (2017). Angry rumination mediates the unique associations between self-compassion and anger and aggression. *Mindfulness*, 8(3), 554-564. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0629-2>
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. Obras completas. Tomo XVIII. Amorrortu.
- Frith, C. D., y Frith, U. (2006). The neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50(4), 531-534. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2006.05.001>

- Frone, M. R. (2000). Work–family conflict and employee psychiatric disorders: The national comorbidity survey. *Journal of Applied Psychology, 85*(6), 888 – 895. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.6.888>
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., y Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*(8), 416-424.
- Furnham, A., y Cheng, H. (2000). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(10), 463-470. <https://doi.org/10.1007/s001270050265>
- Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion, 27*(3), 199-223. <https://doi.org/10.1023/A:1025007614869>
- Galante, J., Galante, I., Bekkers, M., y Gallacher, J. (2014). Effect of kindness-based meditation on health and well-being: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 1101–1114. <https://doi.org/10.1037/a0037249>
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., y Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology y Psychotherapy, 21*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>
- Galili-Weinstock, L., Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Peri, T., y Rafaeli, E. (2018). The association between self-compassion and treatment outcomes: Session-level and treatment-level effects. *Journal of Clinical Psychology, 74*(6), 849-866. <https://doi.org/10.1002/jclp.22569>

- Galla, B. M. (2016). Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. *Journal of Adolescence*, 49, 204-217. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.016>
- Garaigordobil, M., y Fernández-Tomé, A. (2011). CCB. Cuestionario de Cyberbullying. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Garaigordobil, M., Cruz, S., y Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios De Psicología*, 24(1), 113-134.
- Garaigordobil, M., y Machimbarrena, J. M. (2017). Stress, competence, and parental educational styles in victims and aggressors of bullying and cyberbullying. *Psicothema*, 29(3), 335-340.
- Garandeau, C. F., Lee, I. A., y Salmivalli, C. (2014). Differential effects of the KiVa anti-bullying program on popular and unpopular bullies. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 35(1), 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2013.10.004>
- Garandeau, C. F., y Cillessen, A. H. (2006). From indirect aggression to invisible aggression: A conceptual view on bullying and peer group manipulation. *Aggression and Violent Behavior*, 11(6), 612-625. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.08.005>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(4), 1. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Garrick, T., Ostrov, E., y Offer, D. (1988). Physical symptoms and self-image in a group of normal adolescents. *Psychosomatics*, 29(1), 73-80. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(88\)72424-X](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(88)72424-X)

- Geller, J., Brown, K. E., Srikameswaran, S., Piper, W., y Dunn, E. C. (2013). The psychometric properties of the Readiness and Motivation Questionnaire: A symptom-specific measure of readiness for change in the eating disorders. *Psychological Assessment*, 25(3), 759 – 768. <https://doi.org/10.1037/a0032539>
- Gendron, B. P., Williams, K. R., y Guerra, N. G. (2011). An analysis of bullying among students within schools: Estimating the effects of individual normative beliefs, self-esteem, and school climate. *Journal of School Violence*, 10(2), 150-164. <https://doi.org/10.1080/15388220.2010.539166>
- Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J. M., Wells, B. E., y Maitino, A. (2009). Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Review of General Psychology*, 13(1), 34-45. <https://doi.org/10.1037/a0013689>
- Georgakaki, S. K., y Karakasidou, E. (2017). The Effects of Motivational Self-Talk on Competitive Anxiety and Self-Compassion: A Brief Training Program among Competitive Swimmers. *Psychology*, 8(05), 677 -699. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2017.85044>
- Georgiou, S. N. (2008). Bullying and victimization at school: The role of mothers. *British Journal of Educational Psychology*, 78(1), 109-125. <https://doi.org/10.1348/000709907X204363>
- Georgiou, S. N., Fousiani, K., Michaelides, M., y Stavrinides, P. (2013). Cultural value orientation and authoritarian parenting as parameters of bullying and victimization at school. *International Journal of Psychology*, 48(1), 69-78. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.754104>
- Georgiou, S. N., y Stavrinides, P. (2013). Parenting at home and bullying at school. *Social Psychology of Education*, 16(2), 165-179. <https://doi.org/10.1007/s11218-012-9209-z>
- Gerhardt, S. (2010). *The selfish society: How we all forgot to love one another and made money instead*. Simon y Schuster London. <https://doi.org/10.12968/nuwa.2012.16.3.1096901>

- Germer, C. K., y Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 856-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Giesler, R. B., Josephs, R. A., y Swann Jr, W. B. (1996). Self-verification in clinical depression: The desire for negative evaluation. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(3), 358 – 368. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.3.358>
- Gilbert, D. T., y Wilson, T. D. (2007). Propection: Experiencing the future. *Science, 317*(5843), 1351-1354. <https://doi.org/10.1126/science.1144161>
- Gilbert, P. (2010a). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2010b). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.
- Gilbert, P. (2014a). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2014b). Social mentalities: Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. En P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (p. 118–150). Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., y Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*(2), 183-200. <https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.183>
- Gilbert, P., y Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory, 12*(4), 507-516. <https://doi.org/10.1080/09658210444000115>

- Gilbert, P., y Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. En P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. 263–325). Routledge.
- Gilbert, P., y Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. En N Allen (Ed.). *Psychopathology in Adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., y Rivas, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>
- Gilbert, P., y Miles, J. N. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29(4), 757-774. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00230-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00230-5)
- Gilbert, P., y 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 y Psychotherapy: An International Journal of Theory y Practice*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilligan, J. (1996). *Violence: Our deadly epidemic and its causes*. GP Putnam's sons.
- Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., y Altoe, G. (2008). Determinants of adolescents' active defending and passive bystanding behavior in bullying. *Journal of Adolescence*, 31(1), 93-105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.05.002>
- Glendinning, A., y Inglis, D. (1999). Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? *Journal of Adolescence*, 22(5), 673-682. <https://doi.org/10.1006/jado.1999.0262>

- Gómez-Ortiz, O., Del Rey, R., Casas, J., y Ortega-Ruiz, R. (2014). Parenting styles and bullying involvement/Estilos parentales e implicación en bullying. *Cultura Y Educación*, 26(1), 132-158. <https://doi.org/10.1080/11356405.2014.908665>
- Goodboy, A. K., Martin, M. M., y Rittenour, C. E. (2016). Bullying as an expression of intolerant schemas. *Journal of Child y Adolescent Trauma*, 9(4), 277-282. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0089-9>
- Goodwin, F. K., y Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Oxford University Press.
- Goossens, F. A., Olthof, T., y Dekker, P. H. (2006). New participant role scales: Comparison between various criteria for assigning roles and indications for their validity. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 32(4), 343-357. <https://doi.org/10.1002/ab.20133>
- Goss, K., y Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 62-77. <https://doi.org/10.1111/bjc.12039>
- Gotlib, I. H., y Hammen, C. L. (1992). *The Wiley series in clinical psychology. Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. John Wiley & Sons.
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., y Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness*, 7(3), 700-712. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0507-y>
- Graham, S. (2016). Victims of bullying in schools. *Theory into Practice*, 55(2), 136-144. <https://doi.org/10.1080/00405841.2016.1148988>

- Gray-Little, B., Williams, V. S., y Hancock, T. D. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(5), 443-451. <https://doi.org/10.1177%2F0146167297235001>
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Simon, L., y Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 913–922. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.913>
- Greene, D. C., y Britton, P. J. (2015). Predicting adult LGBTQ happiness: Impact of childhood affirmation, self-compassion, and personal mastery. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(3), 158-179. <https://doi.org/10.1080/15538605.2015.1068143>
- Greenier, K. D., Kernis, M. H., y Waschull, S. B. (1995). Not all high (or low) self-esteem people are the same. *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 51-71). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1280-0_4
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A., y Mellott, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychological Review*, 109(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.109.1.3>
- Grotpeter, J. K., y Crick, N. R. (1996). Relational aggression, overt aggression, and friendship. *Child Development*, 67(5), 2328-2338. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01860.x>
- Gumley, A., y Macbeth, A. (2014). A pilot study exploring compassion in narratives of individuals with psychosis: implications for an attachment-based understanding of recovery. *Mental Health, Religion y Culture*, 17(8), 794-811. <https://doi.org/10.1080/13674676.2014.922739>

- Gumz, A., Weigel, A., Daubmann, A., Wegscheider, K., Romer, G., y Löwe, B. (2017). Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 17*(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1454-4>
- Gunnell, K. E., Mosewich, A. D., McEwen, C. E., Eklund, R. C., y Crocker, P. R. (2017). Don't be so hard on yourself! Changes in self-compassion during the first year of university are associated with changes in well-being. *Personality and Individual Differences, 107*, 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.032>
- Guo, L., Hong, L., Gao, X., Zhou, J., Lu, C., y Zhang, W. (2016). Associations between depression risk, bullying and current smoking among Chinese adolescents: Modulated by gender. *Psychiatry Research, 237*, 282-289. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.027>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., y Tatham, R. L. (2006). Multivariate data analysis 6th Edition. *Pearson Prentice Hall. New Jersey. Humans: Critique and Reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74
- Handren, L. M., Donaldson, C. D., y Crano, W. D. (2016). Adolescent alcohol use: Protective and predictive parent, peer, and self-related factors. *Prevention Science, 17*(7), 862-871. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0695-7>
- Hansen, T. B., Steenberg, L. M., Palic, S., y Elklit, A. (2012). A review of psychological factors related to bullying victimization in schools. *Aggression and Violent Behavior, 17*(4), 383-387. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.03.008>
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children. (Revision of the perceived competence-scale for children)*. University of Denver.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. En S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (p. 352–387). Harvard University Press.

- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. *Self-esteem* (pp. 87-116). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_5
- Harter, S. (2006). The development of self-esteem. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (p. 144–150). Psychology Press.
- Harter, S. (2012). Self-perception profile for adolescents: Manual and questionnaires. *Univeristy of Denver, Department of Psychology*.
- Harter, S., y Marold, D. B. (1991). A model of the determinants and mediational role of self-worth: Implications for adolescent depression and suicidal ideation. *The self: Interdisciplinary approaches* (pp. 66-92). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8264-5_4
- Hawkins, A., y Emond, A. (2012). Race, Bullying and Self-Esteem at the Transition between Primary and Secondary School. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, A17. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201753.044>
- Hawley, P. H., y Vaughn, B. E. (2003). Aggression and adaptive functioning: The bright side to bad behavior. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(3), 239-242. <https://doi.org/10.1353/mpq.2003.0012>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering. Guildford Press.
- Hazler, R. J. (1996). *Breaking the cycle of violence: Interventions for bullying and victimization*. Accelerated Development.
- Heatherton, T. F., y Vohs, K. D. (2000). Interpersonal evaluations following threats to self: Role of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(4), 725 –736. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.4.725>

- Heine, S. J., Kitayama, S., Lehman, D. R., Takata, T., Ide, E., Leung, C., y Matsumoto, H. (2001). Divergent consequences of success and failure in japan and north america: an investigation of self-improving motivations and malleable selves. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*(4), 599 –615. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.4.599>
- Heine, S. J., Lehman, D. R., Markus, H. R., y Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard? *Psychological Review*, *106*(4), 766 – 794. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.4.766>
- Heine, S. J., y Renshaw, K. (2002). Interjudge agreement, self-enhancement, and liking: Cross-cultural divergences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *28*(5), 578-587. <https://doi.org/10.1177/0146167202288002>
- Heine, S. J., Takata, T., y Lehman, D. R. (2000). Beyond self-presentation: Evidence for self-criticism among Japanese. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*(1), 71-78. <https://doi.org/10.1177/0146167200261007>
- Helmreich, R., y Stapp, J. (1974). Short forms of the Texas Social Behavior Inventory (TSBI), an objective measure of self-esteem. *Bulletin of the Psychonomic Society*, *4*(5), 473-475. <https://doi.org/10.3758/BF03334260>
- Henderson, L., y Zimbardo, P. (2010). Shyness, social anxiety, and social anxiety disorder. *Social Anxiety (Second Edition)* (pp. 65-92). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00003-1>
- Hendrick, S. S., Hendrick, C., y Adler, N. L. (1988). Romantic relationships: Love, satisfaction, and staying together. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 980 -988.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., y Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *24*(5), 342-349. <https://doi.org/10.1002/da.20249>

- Herba, C. M., Ferdinand, R. F., Stijnen, T., Veenstra, R., Oldehinkel, A. J., Ormel, J., y Verhulst, F. C. (2008). Victimization and suicide ideation in the TRAILS study: specific vulnerabilities of victims. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 867-876. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01900.x>
- Herráiz, E. D., y Gutiérrez, R. B. (2016). Social support as a school victimisation risk factor. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3473-3480. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0503-9>
- Hinduja, S., y Patchin, J. W. (2017). Cultivating youth resilience to prevent bullying and cyberbullying victimization. *Child Abuse y Neglect*, 73, 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.010>
- Hinduja, S., y Patchin, J. W. (2019). Connecting adolescent suicide to the severity of bullying and cyberbullying. *Journal of School Violence*, 18(3), 333-346. <https://doi.org/10.1080/15388220.2018.1492417>
- Hochschild Tolpin, L., Cimboric Gunthert, K., Cohen, L. H., y O'Neill, S. C. (2004). Borderline personality features and instability of daily negative affect and self-esteem. *Journal of Personality*, 72(1), 111-138. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00258.x>
- Hoffmann, J. P., Baldwin, S. A., y Cerbone, F. G. (2003). Onset of major depressive disorder among adolescents. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 42(2), 217-224. <https://doi.org/10.1097/00004583-200302000-00016>
- Hofmann, S. G., Grossman, P., y Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1126-1132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- Hoge, E. A., Holzel, B. K., Marques, L., Metcalf, C. A., Brach, N., Lazar, S. W., y Simon, N. M. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: examining

- predictors of disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*, 2013, 576258. <https://doi.org/10.1155/2013/576258>
- Hollis-Walker, L., y Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.033>
- Holt, M. K., Raczynski, K., Frey, K. S., Hymel, S., y Limber, S. P. (2013). School and community-based approaches for preventing bullying. *Journal of School Violence*, 12(3), 238-252. <https://doi.org/10.1080/15388220.2013.792271>
- Holt, S., Buckley, H., y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse y Neglect*, 32(8), 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- Homan, K. J. (2016). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 23(2), 111-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-016-9227-8>
- Homan, K. J. (2018). Secure attachment and eudaimonic well-being in late adulthood: The mediating role of self-compassion. *Aging y Mental Health*, 22(3), 363-370. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1254597>
- Homan, K. J., y Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image*, 15, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.007>
- Hong, J. S., Kim, D. H., y Piquero, A. R. (2017). Assessing the links between punitive parenting, peer deviance, social isolation and bullying perpetration and victimization in South Korean adolescents. *Child Abuse y Neglect*, 73, 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.017>

- Hope, N., Koestner, R., y Milyavskaya, M. (2014). The role of self-compassion in goal pursuit and well-being among university freshmen. *Self and Identity*, 13(5), 579-593. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.889032>
- Houbre, B., Tarquinio, C., Thuillier, I., y Hergott, E. (2006). Bullying among students and its consequences on health. *European Journal of Psychology of Education*, 21(2), 183-208. <https://doi.org/10.1007/BF03173576>
- Howell, L. L., Carroll, F. I., Votaw, J. R., Goodman, M. M., y Kimmel, H. L. (2007). Effects of combined dopamine and serotonin transporter inhibitors on cocaine self-administration in rhesus monkeys. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 320(2), 757-765. <https://doi.org/10.1124/jpet.106.108324>
- Hoyle, R. H. (2000). Confirmatory factor analysis. En H. E. A. Tinsley & S. D. Brown (Eds.), *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling* (p. 465–497). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012691360-6/50017-3>
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., y Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8(5), 720–724. <https://doi.org/10.1037/a0013237>
- Hwang, S., Kim, G., Yang, J., y Yang, E. (2016). The Moderating Effects of Age on the Relationships of Self-Compassion, Self-Esteem, and Mental Health. *Japanese Psychological Research*, 58(2), 194-205. <https://doi.org/10.1111/jpr.12109>
- Idsoe, T., Dyregrov, A., y Idsoe, E. C. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 901-911. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9620-0>
- Idsoe, T., Solli, E., y Cosmovici, E. M. (2008). Social psychological processes in family and school: More evidence on their relative etiological significance for bullying behavior. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 34(5), 460-474. <https://doi.org/10.1002/ab.20259>

- Iffland, B., Sansen, L. M., Catani, C., y Neuner, F. (2014). The trauma of peer abuse: Effects of relational peer victimization and social anxiety disorder on physiological and affective reactions to social exclusion. *Frontiers in Psychiatry*, 5, Artículo 26. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00026>
- Imtiaz, S., y Kamal, A. (2016). Rumination, Optimism, and Psychological Well-Being among the Elderly: Self-Compassion as a Predictor. *Journal of Behavioural Sciences*, 26(1). 32-50.
- Ingalhalikar, M., Smith, A., Parker, D., Satterthwaite, T. D., Elliott, M. A., Ruparel, K., Hakonarson, H., Gur, R. E., Gur, R. C., y Verma, R. (2014). Sex differences in the structural connectome of the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(2), 823-828. <https://doi.org/10.1073/pnas.1316909110>
- Inhelder, B., y Piaget, J. (1955). *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. Presses Universitaires de France.
- Isaacs, J., Hodges, E. V., y Salmivalli, C. (2008). Long-term consequences of victimization by peers: A follow-up from adolescence to young adulthood. *International Journal of Developmental Science*, 2(4), 387-397. <https://doi.org/10.3233/DEV-2008-2404>
- Iskender, M. (2009). The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 37(5), 711-720. <https://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.5.711>
- Izuma, K., Saito, D. N., y Sadato, N. (2008). Processing of social and monetary rewards in the human striatum. *Neuron*, 58(2), 284-294. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2008.03.020>
- Jacobson, E. H. K., Wilson, K. G., Kurz, A. S., y Kellum, K. K. (2018). Examining self-compassion in romantic relationships. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 69-73. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.003>

- James, W. (1890). *The principles of psychology* (vol. 1) New York: Henry Holt y Co. Inc. <http://Dx.Doi.Org/10.1037/11059-000>
- Janke, W., Erdmann, G., y Boucsein, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen:(SVF)*. Verlag für Psychologie Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000196>
- Janson, G. R., Carney, J. V., Hazler, R. J., y Oh, I. (2009). Bystanders' reactions to witnessing repetitive abuse experiences. *Journal of Counseling y Development*, 87(3), 319-326. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00113.x>
- Janson, G. R., y Hazler, R. J. (2004). Trauma reactions of bystanders and victims to repetitive abuse experiences. *Violence and Victims*, 19(2), 239-255. <https://doi.org/10.1891/vivi.19.2.239.64102>
- Jara, N., Casas, J. A., y Ortega-Ruiz, R. (2017). Proactive and reactive aggressive behavior in bullying: The role of values. *International Journal of Educational Psychology*, 6(1), 1-24. <http://dx.doi.org/10.17583/ijep.2017.2515>
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., Cullen, M., Doty, J. R., Gross, J. J., y Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1113-1126. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9373-z>
- Jin, S., y Zhang, J. (1998). The effects of physical and psychological well-being on suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 401-413. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199806\)54:4%3C401::AID-JCLP2%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199806)54:4%3C401::AID-JCLP2%3E3.0.CO;2-Q)
- Jinpa, T. (2010). *Compassion cultivation training (CCT): Instructor's manual*. Sin publicar. Stanford, CA.

- Joeng, J. R., y Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology, 62*(3), 453–463. <https://doi.org/10.1037/cou0000071>
- Joiner, T. E., Alfano, M. S., y Metalsky, G. I. (1992). When depression breeds contempt: Reassurance seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(1), 165-173.
- Joiner Jr, T. E., Heatherton, T. F., y Keel, P. K. (1997). Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators. *American Journal of Psychiatry, 154*(8), 1133-1138. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1133>
- Jolliffe, D., y Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence, 29*(4), 589-611. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010>
- Jolliffe, D., y Farrington, D. P. (2006). Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression, 32*(6), 540-550. <https://doi.org/10.1002/ab.20154>
- Jones, J. C., y Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 10*(3), 299-328. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90064-H](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90064-H)
- Jones, S. H., Tai, S., Evershed, K., Knowles, R., y Bentall, R. (2006). Early detection of bipolar disorder: a pilot familial high-risk study of parents with bipolar disorder and their adolescent children. *Bipolar Disorders, 8*(4), 362-372. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00329.x>
- Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P., Hoshino-Browne, E., y Correll, J. (2003). Secure and defensive high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(5), 969. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.969>

- Jordan, J. V. (1989). Relational development: Therapeutic implications of empathy and shame. *Work in Progress, No. 39*. Stone Center Working Paper Series. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.969>
- Juvonen, J., Graham, S., y Schuster, M. A. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics, 112*(6), 1231-1237. <https://doi.org/10.1542/peds.112.6.1231>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kahn, E. (1965). Self-pity. *American Journal of Psychiatry, 122*(4), 447-451. <https://doi.org/10.1176/ajp.122.4.447>
- Kahneman, D., y Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review, 80*(4), 237–251. <https://doi.org/10.1037/h0034747>
- Kahneman, D., y Tversky, A. (1977). *Intuitive Prediction: Biases and Corrective Procedures*. Decisions and Designs Inc Mclean Va.
- Kaiser, H. F. (1960). Comments on communalities and the number of factors. *Manuscripto sin publicar*
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., y Rimpelä, A. (2000). Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence, 23*(6), 661-674. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0351>
- Kaplan, H. B., y Kaplan, H. B. (1980). *Deviant behavior in defense of self*. Academic Press.

- Kaplan, H. B., y Pokorny, A. D. (1969). Self-derogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149(5), 421–434. <https://doi.org/10.1097/00005053-196911000-00006>
- Karakasidou, E., Pezirkianidis, C., Galanakis, M., y Stalikas, A. (2017). Validity, Reliability and Factorial Structure of the Self Compassion Scale in the Greek Population. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 7(4), 313-319. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000313>
- Karpinski, A., y Steinberg, J. A. (2006). Implicit and Explicit Self-Esteem: Theoretical and Methodological Refinements. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (p. 102–109). Psychology Press.
- Kästner, D., Löwe, B., y Gumz, A. (2019). The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa—A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 101-116. <https://doi.org/10.1002/eat.22975>
- Kaukiainen, A., Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Tamminen, M., Vauras, M., Mäki, H., y Poskiparta, E. (2002). Learning difficulties, social intelligence, and self-concept: Connections to bully-victim problems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(3), 269-278. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00295>
- Kay, A. C., Day, M. V., Zanna, M. P., y Nussbaum, A. D. (2013). The insidious (and ironic) effects of positive stereotypes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(2), 287-291. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.11.003>
- Kearney, D. J., Malte, C. A., McManus, C., Martinez, M. E., Felleman, B., y Simpson, T. L. (2013). Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 426-434. <https://doi.org/10.1002/jts.21832>

- Kearney, D. J., McManus, C., Malte, C. A., Martinez, M. E., Felleman, B., y Simpson, T. L. (2014). Loving-kindness meditation and the broaden-and-build theory of positive emotions among veterans with posttraumatic stress disorder. *Medical Care*, *52*(12 Suppl 5), 32-38. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000221>
- Keefe, K., y Berndt, T. J. (1996). Relations of friendship quality to self-esteem in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, *16*(1), 110-129. <https://doi.org/10.1177%2F0272431696016001007>
- Kelly, A. C., y Carter, J. C. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *88*(3), 285-303. <https://doi.org/10.1111/papt.12044>
- Kelly, A. C., Carter, J. C., y Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *The International Journal of Eating Disorders*, *47*(1), 54-64. <https://doi.org/10.1002/eat.22196>
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., y Carter, J. C. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: An examination of female students and eating disorder patients. *Eating Behaviors*, *15*(3), 388-391. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.008>
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., y Miller, K. E. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body Image*, *11*(4), 446-453. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.005>
- Kelly, A. C., y Waring, S. V. (2018). A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and atypical

- anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 1005-1009.
<https://doi.org/10.1002/eat.22930>
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., y Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9202-1>
- Kelman, H. C., y Hamilton, V. L. (1989). *Crimes of obedience: Toward a social psychology of authority and responsibility*. Yale University Press.
- Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., Rosenberg, E. L., Gillath, O., Shaver, P. R., y Wallace, B. A. (2012). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion*, 12(2), 338–350. <https://doi.org/10.1037/a0026118>
- Kenny, D. A., y Zautra, A. (1995). The trait-state-error model for multiwave data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 52 –59. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.1.52>
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01
- Kernis, M. H., y Goldman, B. M. (2003). Stability and variability in self-concept and self-esteem. En M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (p. 106–127). The Guilford Press.
- Kernis, M. H., Grannemann, B. D., & Barclay, L. C. (1992). Stability of self-esteem: Assessment, correlates, and excuse making. *Journal of Personality*, 60(3), 621–644. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00923.x>

- Kernis, M. H., Lakey, C. E., y Heppner, W. L. (2008). Secure versus fragile high self-esteem as a predictor of verbal defensiveness: Converging findings across three different markers. *Journal of Personality, 76*(3), 477-512. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00493.x>
- Kernis, M. H., y Paradise, A. W. (2002). Distinguishing between secure and fragile forms of high self-esteem. En E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (p. 339–360). University of Rochester Press.
- Khatri, P., Kupersmidt, J. B., y Patterson, C. (2000a). Aggression and peer victimization as predictors of self-reported behavioral and emotional adjustment. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression, 26*(5), 345-358. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(2000\)26:5%3C345::AID-AB1%3E3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1098-2337(2000)26:5%3C345::AID-AB1%3E3.0.CO;2-L)
- Khyentse, D. (2007). *The heart of compassion: the thirty-seven verses on the practice of a Bodhisattva*. Shambhala Publications.
- Kiesner, J. (2002). Depressive symptoms in early adolescence: Their relations with classroom problem behavior and peer status. *Journal of Research on Adolescence, 12*(4), 463-478. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00042>
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Caspi, A., y Taylor, A. (2004). Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation. *Child Development, 75*(3), 651-668. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00699.x>
- Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: the programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*(3), 432-455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
- Klein, J., Cornell, D., y Konold, T. (2012). Relationships between bullying, school climate, and student risk behaviors. *School Psychology Quarterly, 27*(3), 154-169. <https://doi.org/10.1037/a0029350>

- Klich, U. (2016). Clinical Use of Self-Compassion Within Mindfulness-Based Biofeedback in the Treatment of Veterans and Spouses: A Case Study. *Biofeedback*, 44(3), 138-144. <https://doi.org/10.5298/1081-5937-44.3.08>
- Kline, T. J. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage Publications.
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., y Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 40-49. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242237.84925.18>
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., y Gould, M. S. (2008). Peer victimization, depression, and suicidality in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 166-180. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.2.166>
- Knowles, R., Tai, S., Jones, S. H., Highfield, J., Morriss, R., y Bentall, R. P. (2007). Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disorders*, 9(5), 490-495. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00457.x>
- Knutson, B., y Cooper, J. C. (2005). Functional magnetic resonance imaging of reward prediction. *Current Opinion in Neurology*, 18(4), 411-417. <https://doi.org/10.1097/01.wco.0000173463.24758.f6>
- Kochel, K. P., Ladd, G. W., y Rudolph, K. D. (2012). Longitudinal associations among youth depressive symptoms, peer victimization, and low peer acceptance: An interpersonal process perspective. *Child Development*, 83(2), 637-650. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01722.x>

- Kohlberg, L. (1973). Stages and aging in moral development—Some speculations. *The Gerontologist*, 13(4), 497-502. <https://doi.org/10.1093/geront/13.4.497>
- Kolts, R. L. (2012). *The compassionate-mind guide to managing your anger: Using compassion-focused therapy to calm your rage and heal your relationships*. New Harbinger Publications.
- Koole, S. L., y DeHart, T. (2007). Self-affection without self-reflection: Origins, models, and consequences of implicit self-esteem. En C. Sedikides & S. J. Spencer (Eds.), *Frontiers of social psychology. The self* (p. 21–49). Psychology Press.
- Körner, A., Coroiu, A., Copeland, L., Gomez-Garibello, C., Albani, C., Zenger, M., y Brähler, E. (2015). The role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population. *PLoS One*, 10(10), e0136598. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136598>
- Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., y Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin*, 140(4), 1073-1137.
- Kowalski, R. M., y Limber, S. P. (2013). Psychological, Physical, and Academic Correlates of Cyberbullying and Traditional Bullying. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S13-S20. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.018>
- Koydemir, S., y Schütz, A. (2012). Emotional intelligence predicts components of subjective well-being beyond personality: A two-country study using self-and informant reports. *The Journal of Positive Psychology*, 7(2), 107-118. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.647050>
- Koydemir, S., Şimşek, Ö F., Schütz, A., y Tipandjan, A. (2013). Differences in how trait emotional intelligence predicts life satisfaction: The role of affect balance versus social

- support in India and Germany. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 51-66.
<https://doi.org/10.1007/s10902-011-9315-1>
- Krakowski, M. (2003). Violence and serotonin: influence of impulse control, affect regulation, and social functioning. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(3), 294-305. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15.3.294>
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Rohde, K. B., y Sachse, R. (2018). The role of shame and self-compassion in psychotherapy for narcissistic personality disorder: An exploratory study. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 25(2), 272-282. <https://doi.org/10.1002/cpp.2160>
- Krawitz, R. (2012). Behavioural treatment of severe chronic self-loathing in people with borderline personality disorder. Part 2: Self-compassion and other interventions. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 20(6), 501-506. <https://doi.org/10.1177/1039856212459586>
- Krebs, D. L., y Denton, K. (2005). Toward a more pragmatic approach to morality: a critical evaluation of Kohlberg's model. *Psychological Review*, 112(3), 629 – 649. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.112.3.629>
- Kretschmer, T., Veenstra, R., Deković, M., y Oldehinkel, A. J. (2017). Bullying development across adolescence, its antecedents, outcomes, and gender-specific patterns. *Development and Psychopathology*, 29(3), 941-955. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000596>
- Krevans, J., y Gibbs, J. C. (1996). Parents' use of inductive discipline: Relations to children's empathy and prosocial behavior. *Child Development*, 67(6), 3263-3277. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01913.x>

- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., y Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501-513. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>
- Krieger, T., Reber, F., von Glutz, B., Urech, A., Moser, C. T., Schulz, A., y Berger, T. (2018). An Internet-Based Compassion-Focused Intervention for Increased Self-Criticism: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 50(2), 430–445. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.003>
- Kross, E., Egner, T., Ochsner, K., Hirsch, J., y Downey, G. (2007). Neural dynamics of rejection sensitivity. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19(6), 945-956. <https://doi.org/10.1162/jocn.2007.19.6.945>
- Kugle, C. L., Clements, R. O., y Powell, P. M. (1983). Level and stability of self-esteem in relation to academic behavior of second graders. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 201–207. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.201>
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S., Moilanen, I., Piha, J., Puura, K., y Tamminen, T. (1998a). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse y Neglect*, 22(7), 705-717. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00049-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00049-0)
- Kwan, G. C. E., y Skoric, M. M. (2013). Facebook bullying: An extension of battles in school. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 16-25. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.07.014>
- Kyeong, L. W. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899-902. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.01.001>

- LaFontana, K. M., y Cillessen, A. H. (2010). Developmental changes in the priority of perceived status in childhood and adolescence. *Social Development, 19*(1), 130-147. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2008.00522.x>
- Laible, D. J., Carlo, G., y Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: The role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of Adolescence, 27*(6), 703-716. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.05.005>
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S., y Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*(5), 511-526. <https://doi.org/10.1017/s1352465809990233>
- Lahey, B., Tardiff, T. A., y Drew, J. B. (1994). Negative social interactions: Assessment and relations to social support, cognition, and psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*(1), 42-62. <https://doi.org/10.1521/jscp.1994.13.1.42>
- Lambe, L. J., Della Cioppa, V., Hong, I. K., y Craig, W. M. (2019). Standing up to bullying: A social ecological review of peer defending in offline and online contexts. *Aggression and Violent Behavior, 45*, 51-74. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.05.007>
- Laurent, S. M., y Hodges, S. D. (2009). Gender roles and empathic accuracy: The role of communion in reading minds. *Sex Roles, 60*(5-6), 387-398. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9544-x>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1991). The concept of coping. En A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (p. 189–206). Columbia University Press. (Reimpreso de "Stress, Appraisal, and Coping," New York: Springer Publishing Company, Inc, 1984).

- Leary, M. R. (1999). Making sense of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 8(1), 32-35. <https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.00008>
- Leary, M. R. (2005). Sociometer theory and the pursuit of relational value: Getting to the root of self-esteem. *European Review of Social Psychology*, 16(1), 75-111. <https://doi.org/10.1080/10463280540000007>
- Leary, M. R., y Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in experimental social psychology* (pp. 1-62). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(00)80003-9)
- Leary, M. R., y Downs, D. L. (1995). *Interpersonal functions of the self-esteem motive: The self-esteem system as a sociometer*. In M. H. Kernis (Ed.), *Plenum series in social/clinical psychology. Efficacy, agency, and self-esteem* (p. 123–144). Plenum Press.
- Leary, M. R., Gallagher, B., Fors, E., Buttermore, N., Baldwin, E., Kennedy, K., y Mills, A. (2003). The invalidity of disclaimers about the effects of social feedback on self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(5), 623-636. <https://doi.org/10.1177%2F0146167203029005007>
- Leary, M. R., Haupt, A. L., Strausser, K. S., y Chokel, J. T. (1998). Calibrating the sociometer: The relationship between interpersonal appraisals and the state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1290 –1299. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1290>
- Leary, M. R., Kowalski, R. M., Smith, L., y Phillips, S. (2003). Teasing, rejection, and violence: Case studies of the school shootings. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 29(3), 202-214. <https://doi.org/10.1002/ab.10061>

- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., y 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. <https://doi.org/2007-06231-009>
- Leaviss, J., y Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, *45*(5), 927-945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Lee, P. R., y Fields, D. (2009). Regulation of myelin genes implicated in psychiatric disorders by functional activity in axons. *Frontiers in Neuroanatomy*, *3*, 4. <https://doi.org/10.3389/neuro.05.004.2009>
- LePine, J. A., y Van Dyne, L. (1998). Predicting voice behavior in work groups. *Journal of Applied Psychology*, *83*(6), 853- 868. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.83.6.853>
- Lereya, S. T., Samara, M., y Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse y Neglect*, *37*(12), 1091-1108. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.001>
- Leskela, J., Dieperink, M., y Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, *15*(3), 223-226. <https://doi.org/10.1023/A:1015255311837>
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss, & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331e359). New York, New York: Academic.
- Lie, S. Ø, Rø, Ø, y Bang, L. (2019). Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(5), 497-514. <https://doi.org/10.1002/eat.23035>

- Lieberman, M. D. (2010). Social cognitive neuroscience. *Annu. Rev. Psychol.*, *58*, 259-289.
<https://doi.org/10.1002/9780470561119.socpsy001005>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Liotti, G., y Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *84*(1), 9-25. <https://doi.org/10.1348/147608310X520094>
- Liss, M., y Erchull, M. J. (2015). Not hating what you see: Self-compassion may protect against negative mental health variables connected to self-objectification in college women. *Body Image*, *14*, 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.02.006>
- Lodge, J., y Feldman, S. S. (2007). Avoidant coping as a mediator between appearance-related victimization and self-esteem in young Australian adolescents. *British Journal of Developmental Psychology*, *25*(4), 633-642. <https://doi.org/10.1348/026151007X185310>
- Lodge, J., y Frydenberg, E. (2005). The role of peer bystanders in school bullying: Positive steps toward promoting peaceful schools. *Theory into Practice*, *44*(4), 329-336.
https://doi.org/10.1207/s15430421tip4404_6
- Loeber, R., y Dishion, T. J. (1984). Boys who fight at home and school: Family conditions influencing cross-setting consistency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*(5), 759–768. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.5.759>
- Loflin, D. C., y Barry, C. T. (2016). 'You can't sit with us:' Gender and the differential roles of social intelligence and peer status in adolescent relational aggression. *Personality and Individual Differences*, *91*, 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.048>

- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., y Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019>
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., y Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325-331. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0777-z>
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., Van Sonderen, E., Ranchor, A., y Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the Self-Compassion Scale's total score: self-compassion versus self-criticism. *PloS One*, 10(7), e0132940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132940>
- Lösel, F., y Bliesener, T. (1999). Germany. En *The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective*, PK Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano, P. Slee (eds). Routledge.
- Lucas, R. E., Diener, E., y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628.
- Lucas, S., Jernbro, C., Tindberg, Y., y Janson, S. (2016). Bully, bullied and abused. Associations between violence at home and bullying in childhood. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177%2F1403494815610238>
- Luciano, E. C., y Orth, U. (2017). Transitions in romantic relationships and development of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 112(2), 307 – 328. <https://doi.org/10.1037/pspp0000109>
- Luhtanen, R. K., y Crocker, J. (2005). Alcohol use in college students: effects of level of self-esteem, narcissism, and contingencies of self-worth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 99. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.1.99>

- Luk, J. W., Patock-Peckham, J. A., Medina, M., Terrell, N., Belton, D., y King, K. M. (2016). Bullying perpetration and victimization as externalizing and internalizing pathways: A retrospective study linking parenting styles and self-esteem to depression, alcohol use, and alcohol-related problems. *Substance use y Misuse*, *51*(1), 113-125. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1090453>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., y Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PLoS One*, *3*(3), e1897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001897>
- Lynum, L. I., Wilberg, T., y Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, *49*(5), 469-477. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00655.x>
- Lysaker, P. H., Roe, D., y Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(1), 192-199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- Lyubomirsky, S., y Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, *46*(2), 137-155. <https://doi.org/10.1023/A:1006824100041>
- Lyubomirsky, S., y Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(1), 176-190.

- Lyubomirsky, S., Tkach, C., y DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem. *Social Indicators Research*, 78(3), 363-404. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-0213-y>
- MacBeth, A., y Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Roles of Social Pain and Defense Mechanisms in Response to Social Exclusion: Reply to Panksepp (2005) and Corr (2005). *Psychological Bulletin*, 131(2), 237–240. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.237>
- MacDonald, G., Saltzman, J. L., y Leary, M. R. (2003). Social approval and trait self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 37(2), 23-40. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00531-7](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00531-7)
- MacDonald, J. M., Piquero, A. R., Valois, R. F., y Zullig, K. J. (2005). The relationship between life satisfaction, risk-taking behaviors, and youth violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(11), 1495-1518. <https://doi.org/10.1177/0886260505278718>
- Mackintosh, K., Power, K., Schwannauer, M., y Chan, S. W. (2018). The Relationships Between Self-Compassion, Attachment and Interpersonal Problems in Clinical Patients with Mixed Anxiety and Depression and Emotional Distress. *Mindfulness*, 9, 961–971. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0835-6>
- Magnus, C. M., Kowalski, K. C., y McHugh, T. F. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9(4), 363-382. <https://doi.org/10.1080/15298860903135073>

- Maheux, A., y Price, M. (2015). Investigation of the relation between PTSD symptoms and self-compassion: Comparison across DSM IV and DSM 5 PTSD symptom clusters. *Self and Identity*, 14(6), 627-637. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1037791>
- Maheux, A., y Price, M. (2016). The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 88, 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.051>
- Malhi, P., Bharti, B., y Sidhu, M. (2014). Aggression in schools: psychosocial outcomes of bullying among Indian adolescents. *The Indian Journal of Pediatrics*, 81(11), 1171-1176. <https://doi.org/10.1007/s12098-014-1378-7>
- Mann, M. J., Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., y Smith, M. L. (2015). The role of Community, family, peer, and school factors in group bullying: Implications for school-based intervention. *Journal of School Health*, 85(7), 477-486. <https://doi.org/10.1111/josh.12270>
- Marini, Z. A., Dane, A. V., Bosacki, S. L., y CURA, Y. (2006). Direct and indirect bully-victims: Differential psychosocial risk factors associated with adolescents involved in bullying and victimization. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 32(6), 551-569. <https://doi.org/10.1002/ab.20155>
- Markus, M. T., Lindhout, I. E., Boer, F., Hoogendijk, T. H., y Arrindell, W. A. (2003). Factors of perceived parental rearing styles: the EMBU-C examined in a sample of Dutch primary school children. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 503-519. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00090-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00090-9)
- Marsh, H. W. (1990). Self Description Questionnaire-I (SDQI) [Database record]. APA PsycTests.<https://doi.org/10.1037/t01843-000>

- Marsh, H. W., Ellis, L. A., Parada, R. H., Richards, G., y Heubeck, B. G. (2005). A short version of the Self Description Questionnaire II: operationalizing criteria for short-form evaluation with new applications of confirmatory factor analyses. *Psychological Assessment*, *17*(1), 81-102. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.1.81>
- Marshall, E. J., y Brockman, R. N. (2016). The Relationships Between Psychological Flexibility, Self-Compassion, and Emotional Well-Being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *30*(1), 60-72. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60>
- Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C., y Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(3), 231-244. <https://doi.org/10.1002/jclp.20438>
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*(2), 458. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006727>
- Maruyama, G. M., Rubin, R. A., y Kingsbury, G. G. (1981). Self-esteem and educational achievement: Independent constructs with a common cause? *Journal of Personality and Social Psychology*, *40*(5), 962. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.40.5.962>
- Maslow, A. (1962). H.(1968). *Toward a psychology of being*. D Van Nostrand. <https://doi.org/10.1037/10793-000>
- Matud, M. P., Ibañez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R., y Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, *35*(8), 1919-1929. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00041-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00041-2)
- Mayhew, S. L., y Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology y Psychotherapy: An*

International Journal of Theory y Practice, 15(2), 113-138.

<https://doi.org/10.1002/cpp.566>

McFarlin, B. L., Engstrom, J. L., Sampson, M. B., y Cattledge, F. (1985). Concurrent validity of Leopold's maneuvers in determining fetal presentation and position. *Journal of Nurse-Midwifery*, 30(5), 280-284. [https://doi.org/10.1016/0091-2182\(85\)90043-6](https://doi.org/10.1016/0091-2182(85)90043-6)

McKay, J., McKay, M., y Fanning, P. (1992). Building self-esteem in children. *Self-Esteem*, 2, 239-271.

McMahon, E. M., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I. J., y Arensman, E. (2010). Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science y Medicine*, 71(7), 1300-1307. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.034>

McPherson, L., y Lahey, B. (1993). Content overlap inflates the relation between negative cognition and dysphoria. *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 411-417. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6002_16

Mecca, A., Smelser, N. J., y Vasconcellos, J. (1989). *The social importance of self-esteem*. University of California Press.

Meeus, W., Van De Schoot, R., Keijsers, L., Schwartz, S. J., y Branje, S. (2010). On the progression and stability of adolescent identity formation: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescence. *Child Development*, 81(5), 1565-1581. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01492.x>

Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. *The skin senses*, 1, 423-43.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.

- Menesini, E., y Camodeca, M. (2008). Shame and guilt as behaviour regulators: Relationships with bullying, victimization and prosocial behaviour. *British Journal of Developmental Psychology*, 26(2), 183-196. <https://doi.org/10.1348/026151007X205281>
- Menesini, E., Codecasa, E., Benelli, B., y Cowie, H. (2003). Enhancing children's responsibility to take action against bullying: Evaluation of a befriending intervention in Italian middle schools. *Aggressive Behavior*, 29(1), 10-14. <https://doi.org/10.1002/ab.80012>
- Merenda, P. F. (1997). A guide to the proper use of factor analysis in the conduct and reporting of research: Pitfalls to avoid. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30(3), 156-164. <https://doi.org/10.1080/07481756.1997.12068936>
- Merrell, K. W., Gueldner, B. A., Ross, S. W., y Isava, D. M. (2008). How effective are school bullying intervention programs? A meta-analysis of intervention research. *School Psychology Quarterly*, 23(1), 26-42. <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.1.26>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., y Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 817 –839. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.5.817>
- Milrod, D. (1972). Self-pity, self-comforting, and the superego. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27(1), 505-528. <https://doi.org/10.1080/00797308.1972.11822726>
- Miron, L. R., Seligowski, A. V., Boykin, D. M., y Orcutt, H. K. (2016). The potential indirect effect of childhood abuse on posttrauma pathology through self-compassion and fear of self-compassion. *Mindfulness*, 7(3), 596-605. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0493-0>
- Mitchinson, A. R., Kim, H. M., Geisser, M., Rosenberg, J. M., y Hinshaw, D. B. (2008). Social connectedness and patient recovery after major operations. *Journal of the American College of Surgeons*, 206(2), 292-300. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.08.017>

- Modecki, K. L., Barber, B. L., y Vernon, L. (2013). Mapping developmental precursors of cyber-aggression: Trajectories of risk predict perpetration and victimization. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(5), 651-661. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9887-z>
- Mohebbi, M., Mirnasab, M., y Wiener, J. (2016). Parental and school bonding in Iranian adolescent perpetrators and victims of bullying. *School Psychology International*, 37(6), 583-605. <https://doi.org/10.1177%2F0143034316671989>
- Monks, C., Ortega Ruiz, R., y Torrado Val, E. (2002). Unjustified aggression in preschool. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 28(6), 458-476. <https://doi.org/10.1002/ab.10032>
- Monks, C. P., y Smith, P. K. (2006). Definitions of bullying: Age differences in understanding of the term, and the role of experience. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(4), 801-821. <https://doi.org/10.1348/026151005X82352>
- Monks, C. P., Smith, P. K., y Swettenham, J. (2005). Psychological correlates of peer victimisation in preschool: Social cognitive skills, executive function and attachment profiles. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 31(6), 571-588. <https://doi.org/10.1002/ab.20099>
- Moore, S. E., Norman, R. E., Sly, P. D., Whitehouse, A. J., Zubrick, S. R., y Scott, J. (2014). Adolescent peer aggression and its association with mental health and substance use in an Australian cohort. *Journal of Adolescence*, 37(1), 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.10.006>
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., y Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60-76. <https://dx.doi.org/10.5498%2Fwjv.v7.i1.60>

- Mor, N., y Winqvist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(4), 638 –662. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.638>
- Morcillo, C., Ramos-Olazagasti, M. A., Blanco, C., Sala, R., Canino, G., Bird, H., y Duarte, C. S. (2015). Socio-cultural context and bullying others in childhood. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2241-2249. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0026-1>
- Moreira, H., Carona, C., Silva, N., Nunes, J., y Canavarro, M. C. (2016). Exploring the link between maternal attachment-related anxiety and avoidance and mindful parenting: the mediating role of self-compassion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(4), 369-384. <https://doi.org/10.1111/papt.12082>
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Odgers, C. L., y Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 32(4), 385-395. <https://doi.org/10.1002/ab.20137>
- Morf, C. C., y Rhodewalt, F. (2001). Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry*, 12(4), 177-196. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1204_1
- Morgan, J., y Zedner, L. (1993). Researching child victims—some methodological difficulties. *International Review of Victimology*, 2(4), 295-308. <https://doi.org/10.1177%2F026975809300200402>
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A., y Lincoln, T. M. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis*, 2(2), 144-153. <https://doi.org/10.1080/17522430903191791>

- Mousavi, S. E., Low, W. Y., y Hashim, A. H. (2016). The relationships between perceived parental rearing style and anxiety symptoms in Malaysian adolescents: the mediating role of early maladaptive schemas. *J Depress Anxiety*, 2(9), 1-8.
- Mruk, C. J. (2006). *Defining Self-Esteem: An Often Overlooked Issue with Crucial Implications*. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (p. 10–15). Psychology Press.
- Muris, P., Meesters, C., y van Brakel, A. (2003). Assessment of anxious rearing behaviors with a modified version of “Egna Minnen Beträffande Uppfostran” questionnaire for children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25(4), 229-237.
- Muris, P., Otgaar, H., y Petrocchi, N. (2016). Protection as the mirror image of psychopathology: further critical notes on the self-compassion scale. *Mindfulness*, 7(3), 787-790. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0509-9>
- Muris, P., y Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 24(2), 373-383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Murphy, T. P., Laible, D., y Augustine, M. (2017). The influences of parent and peer attachment on bullying. *Journal of Child and Family Studies*, 26(5), 1388-1397. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0663-2>
- Murphy, C.M., Stosny, S. & Morrel, T.M. (2005). Change in Self-Esteem and Physical Aggression During Treatment for Partner Violent Men. *J Fam Viol* 20, 201 <https://doi.org/10.1007/s10896-005-5983-0>

- Murray, S. L., Holmes, J. G., y Griffin, D. W. (2000). Self-esteem and the quest for felt security: How perceived regard regulates attachment processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 478–498. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.478>
- Murray, S. L., Rose, P., Bellavia, G. M., Holmes, J. G., y Kusche, A. G. (2002). When rejection stings: How self-esteem constrains relationship-enhancement processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 556–573. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.3.352>
- Murrell, S. A., Meeks, S., y Walker, J. (1991). Protective functions of health and self-esteem against depression in older adults facing illness or bereavement. *Psychology and Aging*, 6(3), 352–360. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.3.352>
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., y Cava, M. J. (2001). Familia y adolescencia. *Madrid: Síntesis*.
- Mustanoja, S., Luukkonen, A., Hakko, H., Räsänen, P., Säävälä, H., y Riala, K. (2011). Is exposure to domestic violence and violent crime associated with bullying behaviour among underage adolescent psychiatric inpatients? *Child Psychiatry y Human Development*, 42(4), 495-506. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0222-9>
- Myers, D. G., y Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6(1), 10-19. <https://doi.org/10.1111/2Fj.1467-9280.1995.tb00298.x>
- Mynard, H., y Joseph, S. (1997). Bully/victim problems and their association with Eysenck's personality dimensions in 8 to 13 year-olds. *British Journal of Educational Psychology*, 67(1), 51-54. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1997.tb01226.x>
- Nabuzoka, D., Rønning, J. A., y Handegård, B. H. (2009). Exposure to bullying, reactions and psychological adjustment of secondary school students. *Educational Psychology*, 29(7), 849-866. <https://doi.org/10.1080/01443410903326613>

- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., y Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth - Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 285(16), 2094-2100. <https://doi.org/10.1001/jama.285.16.2094>
- Narayanan, A., y Betts, L. R. (2014). Bullying behaviors and victimization experiences among adolescent students: The role of resilience. *The Journal of Genetic Psychology*, 175(2), 134-146. <https://doi.org/10.1080/00221325.2013.834290>
- Natvig, G. K., Albrektsen, G., y Qvarnstrøm, U. (2001). School-related stress experience as a risk factor for bullying behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(5), 561-575. <https://doi.org/10.1023/A:1010448604838>
- Navarro, R., Ruiz-Oliva, R., Larrañaga, E., y Yubero, S. (2015). The impact of cyberbullying and social bullying on optimism, global and school-related happiness and life satisfaction among 10-12-year-old schoolchildren. *Applied Research in Quality of Life*, 10(1), 15-36. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9292-0>
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., y Chen, Y. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97. <https://doi.org/10.1007/s11031-008-9119-8>
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>

- Neff, K. D., y Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78-98. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548>
- Neff, K. D., y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff, K. D., Hsieh, Y., y Dejjitterat, 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. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., Williamson, Z., Rohleder, N., Tóth-Király, I., y 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>
- Neff, K. D., y McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., y Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285. <https://doi.org/10.1177%2F0022022108314544>
- Neff, K. D., y Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>

- Neff, K. D., Rude, S. S., y Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*(4), 908-916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Neff, K. D., Tóth-Király, I., y Colosimo, K. (2018). Self-compassion is best measured as a global construct and is overlapping with but distinct from neuroticism: A response to pfattheicher, geiger, hartung, weiss, and schindler (2017). *European Journal of Personality, 32*(4), 371-392. <https://doi.org/10.1002/per.2148>
- Neff, K. D., Tóth-Király, I., Yarnell, L., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N., y Mantios, M. (2018). Examining the factor structure of the self-compassion scale using exploratory SEM bifactor analysis in 20 diverse samples: support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment 31*(1), 27-45. <https://doi.org/10.1037/pas0000629>
- Neff, K. D., y Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality, 77*(1), 23-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Neff, K. D., Whittaker, T. A., y Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified? *Journal of Personality Assessment, 99*(6), 596-607. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1269334>
- Newbegin, I., y Owens, A. (1996). Self-esteem and anxiety in secondary school achievement. *Journal of Social Behavior and Personality, 11*(3), 521-530.
- Nezlek, J. B., Kowalski, R. M., Leary, M. R., Blevins, T., y Holgate, S. (1997). Personality moderators of reactions to interpersonal rejection: Depression and trait self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin, 23*(12), 1235-1244. <https://doi.org/10.1177%2F01461672972312001>

- Nezlek, J. B., y Plesko, R. M. (2003). Affect-and self-based models of relationships between daily events and daily well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(5), 584-596. <https://doi.org/10.1177%2F0146167203029005004>
- Nickerson, A. B., Mele, D., y Princiotta, D. (2008). Attachment and empathy as predictors of roles as defenders or outsiders in bullying interactions. *Journal of School Psychology*, 46(6), 687-703. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2008.06.002>
- Nishina, A., y Juvonen, J. (2005). Daily reports of witnessing and experiencing peer harassment in middle school. *Child Development*, 76(2), 435-450. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00855.x>
- Nocentini, A., Fiorentini, G., Di Paola, L., y Menesini, E. (2019). Parents, family characteristics and bullying behavior: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 45, 41-50.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504--511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Offrey, L. D., y Rinaldi, C. M. (2017). Parent–child communication and adolescents' problem-solving strategies in hypothetical bullying situations. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(3), 251-267. <https://doi.org/10.1080/02673843.2014.884006>
- Oishi, S., Diener, E., Lucas, R. E., y Suh, E. M. (2009). Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *Culture and well-being* (pp. 109-127). Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0_6
- Oliva, A. (1999). Desarrollo de la personalidad durante la adolescencia. *Desarrollo Psicológico Y Educación*, 1, 471-491.
- Oliveira, W. A. d., Silva, M. A. I., Silva, J. L. d., Mello, Flávia Carvalho Malta de, Prado, R. R. d., y Malta, D. C. (2016). Associations between the practice of bullying and individual and

- contextual variables from the aggressors' perspective. *Jornal De Pediatria*, 92(1), 32-39.
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.04.003>
- Olweus, D. (1973). *Hackkycklingar och översittare: Forskning om skolmobbing*. Almqvist & Wiksell.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16(6), 644.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.16.6.644>
- Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school based intervention program. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (p. 411–448). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Olweus, D. (1993). Bullying at school: What we know and what we can do. *Psychology in the Schools*, 40, 699-700. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/pits.10114>
- Olweus, D. (1994). Long-term outcomes for victims and an effective school-based intervention program. *Aggressive Behavior: Current Perspectives*, , 97-139.
- Olweus, D. (1996). Revised Olweus bully/victim questionnaire (OBVQ) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t09634-000>
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Ediciones Morata.
- Olweus, D. (1999). Sweden, Norway. En *The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective*, PK Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano, P. Slee (eds). Routledge.
- Olweus, D. (2007). A useful evaluation design, and effects of the Olweus Bullying Prevention Program. *Psychology, Crime y Law*, 11(4), 389-402.
<https://doi.org/10.1080/10683160500255471>

- O'Moore, M., y Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behaviour. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 27(4), 269-283. <https://doi.org/10.1002/ab.1010>
- Orpinas, P., y Frankowski, R. (2001). The Aggression Scale: A self-report measure of aggressive behavior for young adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 21(1), 50-67. <https://doi.org/10.1177%2F0272431601021001003>
- Orpinas, P., Horne, A. M., y Staniszewski, D. (2003). School bullying: Changing the problem by changing the school. *School Psychology Review*, 32(3), 431-444. <https://doi.org/10.1080/02796015.2003.12086210>
- Orpinas, P., McNicholas, C., y Nahapetyan, L. (2015). Gender differences in trajectories of relational aggression perpetration and victimization from middle to high school. *Aggressive Behavior*, 41(5), 401-412. <https://doi.org/10.1002/ab.21563>
- Ortega, R., Elipe, P., Mora-Merchán, J. A., Calmaestra, J., y Vega, E. (2009). The emotional impact on victims of traditional bullying and cyberbullying: A study of Spanish adolescents. *Zeitschrift Für Psychologie/Journal of Psychology*, 217(4), 197-204. <https://doi.org/10.1027/0044-3409.217.4.197>
- Ortega, R., Elipe, P., Mora-Merchán, J. A., Genta, M. L., Brighi, A., Guarini, A., Smith, P. K., Thompson, F., y Tippett, N. (2012). The emotional impact of bullying and cyberbullying on victims: A European cross-national study. *Aggressive Behavior*, 38(5), 342-356. <https://doi.org/10.1002/ab.21440>
- Ortega Ruiz, R., y Mora Merchán, J. A. (1997). Agresividad y violencia: el problema de la victimización entre escolares. *Revista De Educación*, 313, 7-27.

- Orth, U., Erol, R. Y., y Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *144*(10), 1045-1080. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000161>
- Orth, U., y Luciano, E. C. (2015). Self-esteem, narcissism, and stressful life events: Testing for selection and socialization. *Journal of Personality and Social Psychology*, *109*(4), 707 – 721. <https://doi.org/10.1037/pspp0000049>
- Orth, U., Maes, J., y Schmitt, M. (2015). Self-esteem development across the life span: A longitudinal study with a large sample from Germany. *Developmental Psychology*, *51*(2), 248 –259. <https://doi.org/10.1037/a0038481>
- Orth, U., Robins, R. W., y Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(3), 695. 695–708. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>
- Orth, U., Robins, R. W., y Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *102*(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., y Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*(4), 645 –658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Pace, T. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., Issa, M. J., y Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, *34*(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.011>

- Panak, W. F., y Garber, J. (1992). Role of aggression, rejection, and attributions in the prediction of depression in children. *Development and Psychopathology*, 4(1), 145-165. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005617>
- Parada, R. H. (2000). Adolescent Peer Relations Instrument: A theoretical and empirical basis for the measurement of participant roles in bullying and victimization of adolescence: An interim test manual and a research monograph: A test manual. Penrith, New South Wales, Australia: University of Western Sydney, Self-Concept Enhancement and Learning Facilitation (SELF) Research Centre, Publication Unit.
- Pareja, M. Á V. (2014). De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, (110), 75-78.
- Park, J. J., Long, P., Choe, N. H., y Schallert, D. L. (2018). The contribution of self-compassion and compassion to others to students' emotions and project commitment when experiencing conflict in group projects. *International Journal of Educational Research*, 88, 20-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2018.01.009>
- Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2006). The relationship between self-concept and a healthy lifestyle in adolescence: an exploratory model. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Patchin, J. W., y Hinduja, S. (2010). Cyberbullying and Self-Esteem. *Journal of School Health*, 80(12), 614-621. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00548.x>
- Patrick, M. E., y Schulenberg, J. E. (2014). Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 193-200.

- Patterson, C. J., Cohn, D. A., y Kao, B. T. (1989). Maternal warmth as a protective factor against risks associated with peer rejection among children. *Development and Psychopathology*, 1(1), 21-38. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000225>
- Paulhus, D. L. (1998). Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: A mixed blessing? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1197-1208.
- Paulhus, D. L., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., y Tracy, J. L. (2004). Two replicable suppressor situations in personality research. *Multivariate Behavioral Research*, 39(2), 303-328.
- Paulhus, D. L., y Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(6), 556-563. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00505-6](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6)
- Peets, K., Pöyhönen, V., Juvonen, J., y Salmivalli, C. (2015). Classroom norms of bullying alter the degree to which children defend in response to their affective empathy and power. *Developmental Psychology*, 51(7), 913-920. <https://doi.org/10.1037/a0039287>
- Pellegrini, A. D., Bartini, M., y Brooks, F. (1999). School bullies, victims, and aggressive victims: factors relating to group affiliation and victimization in early adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 91(2), 216 –224. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.91.2.216>
- Pepler, D. J., Craig, W. M., Connolly, J. A., Yuile, A., McMaster, L., y Jiang, D. (2006). A Developmental Perspective on Bullying. *Aggressive Behavior*, 32(4), 376-384. <https://doi.org/10.1002/ab.20136>
- Pepler, D., Craig, W., Jiang, D., y Connolly, J. (2008). The development of bullying. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 113-119.
- Pepler, D., Jiang, D., Craig, W., y Connolly, J. (2008). Developmental trajectories of bullying and associated factors. *Child Development*, 79(2), 325-338. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01128.x>

- Pepping, C. A., Davis, P. J., O'Donovan, A., y Pal, J. (2015). Individual differences in self-compassion: The role of attachment and experiences of parenting in childhood. *Self and Identity*, 14(1), 104-117. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.955050>
- Perren, S., Dooley, J., Shaw, T., y Cross, D. (2010). Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(1), Artículo 28. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-28>
- Perren, S., y Hornung, R. (2005). Bullying and delinquency in adolescence: Victims' and perpetrators' family and peer relations. *Swiss Journal of Psychology*, 64(1), 51-64. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.64.1.51>
- Perris, C., Jacobsson, L., Linndström, H., von Knorring, L., y Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x>
- Perry, D. G., Kusel, S. J., y Perry, L. C. (1988). Victims of peer aggression. *Developmental Psychology*, 24(6), 807 –814. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.6.807>
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., y Couyoumdjian, A. (2014). Dimensionality of self-compassion: translation and construct validation of the self-compassion scale in an Italian sample. *Journal of Mental Health*, 23(2), 72-77. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.841869>
- Pfattheicher, S., Geiger, M., Hartung, J., Weiss, S., y Schindler, S. (2017). Old Wine in New Bottles? The Case of Self-compassion and Neuroticism. *European Journal of Personality*, 31(2), 160-169. <https://doi.org/10.1002/per.2097>
- Phillips, D., Gormley, W., y Anderson, S. (2016). The effects of Tulsa's CAP Head Start program on middle-school academic outcomes and progress. *Developmental Psychology*, 52(8), 1247 –1261. <https://doi.org/10.1037/dev0000151>

- Phillips, W. J., y Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: a resource for positive aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 529-539. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs091>
- Piaget, J. (1923). La pensée symbolique et le pensée de l'enfant. *Archives De Psychologie*, 18, 273–304.
- Piaget, J. (1924). Judgment and reasoning in the child. Harcourt, Brace. <https://doi.org/10.4324/9780203207260>
- Piaget, J., y Camps, J. C. (1934). *La causalidad física en el niño*. Espasa-Calpe.
- Pisitsungkarn, K., Taephant, N., y Attasaranya, P. (2013). Body image satisfaction and self-esteem in Thai female adolescents: the moderating role of self-compassion. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(3), 1-6. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0307>.
- Polanin, J. R., Espelage, D. L., y Pigott, T. D. (2012). A meta-analysis of school-based bullying prevention programs' effects on bystander intervention behavior. *School Psychology Review*, 41(1), 47-65. <https://doi.org/10.1080/02796015.2012.12087375>
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
- Poteat, V. P., Mereish, E. H., DiGiovanni, C. D., y Scheer, J. R. (2013). Homophobic bullying. En Ian Rivers, and Neil Duncan (Eds.) *Bullying. Experiences and Discourses of Sexuality and Gender*, (pp. 75-90). Routledge.
- Pottebaum, S. M., Keith, T. Z., y Ehly, S. W. (1986). Is there a causal relation between self-concept and academic achievement? *The Journal of Educational Research*, 79(3), 140-144. <https://doi.org/10.1080/00220671.1986.10885665>

- Potter, R. F., Yar, K., Francis, A. J., y Schuster, S. (2014). Self-compassion mediates the relationship between parental criticism and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 33-43.
- Poulin, F., y Dishion, T. J. (2008). Methodological issues in the use of peer sociometric nominations with middle school youth. *Social Development*, 17(4), 908-921. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2008.00473.x>
- Pozzoli, T., Ang, R. P., y Gini, G. (2012). Bystanders' reactions to bullying: A cross-cultural analysis of personal correlates among Italian and Singaporean students. *Social Development*, 21(4), 686-703. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2011.00651.x>
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., y Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 741-763. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.741>
- Qureshi, S. (2013). *Bullying and racist bullying in schools: What are we missing?*. Xlibris Corporation.
- Radke-Yarrow, M., Zahn-Waxler, C., & Chapman, M. (1983). Children's prosocial disposition and behavior. En E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (4th ed., pp. 469-546). Wiley.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., y Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Raskauskas, J., y Huynh, A. (2015). The process of coping with cyberbullying: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.019>

- Raskauskas, J., y Stoltz, A. D. (2007). Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Developmental Psychology*, 43(3), 564- 575. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.3.564>
- Rebellon, C. J. (2006). Do adolescents engage in delinquency to attract the social attention of peers? An extension and longitudinal test of the social reinforcement hypothesis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43(4), 387-411. <https://doi.org/10.1177%2F0022427806291259>
- Reich, S. M. (2017). Connecting offline social competence to online peer interactions. *Psychology of Popular Media Culture*, 6(4), 291 – 310. <https://doi.org/10.1037/ppm0000111>
- Reid, R. C., Temko, J., Moghaddam, J. F., y Fong, T. W. (2014). Shame, rumination, and self-compassion in men assessed for hypersexual disorder. *Journal of Psychiatric Practice*®, 20(4), 260-268. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000452562.98286.c5>
- Reifman, A., y Windle, M. (1995). Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: A longitudinal investigation. *American Journal of Community Psychology*, 23(3), 329-354. <https://doi.org/10.1007/BF02506948>
- Reilly, E. D., Rochlen, A. B., y Awad, G. H. (2014). Men’s self-compassion and self-esteem: The moderating roles of shame and masculine norm adherence. *Psychology of Men y Masculinity*, 15(1), 22 –28. <https://doi.org/10.1037/a0031028>
- Rhodewalt, F. Possessing and striving for high self-esteem. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (p. 281-287). Psychology Press.
- Richardson, C. G., Kwon, J., y Ratner, P. A. (2013). Self-esteem and the initiation of substance use among adolescents. *Canadian Journal of Public Health*, 104(1), e60-e63. <https://doi.org/10.1007/BF03405656>

- Richardson, C. G., Ratner, P. A., y Zumbo, B. D. (2009). Further support for multidimensionality within the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Current Psychology*, 28(2), 98-114.
<https://doi.org/10.1007/s12144-009-9052-3>
- Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23(1), 57-68.
<https://doi.org/10.1006/jado.1999.0289>
- Rigby, K. (2010). *Bullying interventions in schools: Six basic approaches*. Aust Council for Ed Research.
- Rigby, K., y Johnson, B. (2006). Expressed readiness of Australian schoolchildren to act as bystanders in support of children who are being bullied. *Educational Psychology*, 26(3), 425-440. <https://doi.org/10.1080/01443410500342047>
- Rigby, K., y Slee, P. T. (1991). Bullying among Australian school children: Reported behavior and attitudes toward victims. *The Journal of Social Psychology*, 131(5), 615-627.
<https://doi.org/10.1080/00224545.1991.9924646>
- Riketta, M. (2004). Does social desirability inflate the correlation between self-esteem and anxiety? *Psychological Reports*, 94(3_suppl), 1232-1234.
<https://doi.org/10.2466%2Fpr0.94.3c.1232-1234>
- Rivers, I., y Noret, N. (2010). 'I h8 u': Findings from a five-year study of text and email bullying. *British Educational Research Journal*, 36(4), 643-671.
<https://doi.org/10.1080/01411920903071918>
- Roberts, J. E. (2006). *Self-Esteem from a Clinical Perspective*. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (p. 298–305). Psychology Press.
- Roberts, J. E., y Monroe, S. M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 62(5), 804 –812. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.5.804>

Robins, R. W., y Beer, J. S. (2001). Positive illusions about the self: short-term benefits and long-term costs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 340-352. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.2.340>

Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., y Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17(3), 423 –434. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.3.423>

Robinson, N. S., Garber, J., y Hilsman, R. (1995). Cognitions and stress: direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 453 –463. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.3.453>

Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's Point of View of Psychotherapy*. Alemar.

Rogers, C. R. (1965). The therapeutic relationship: Recent theory and research. *Australian Journal of Psychology*, 17(2), 95-108. <https://doi.org/10.1080/00049536508255531>

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., y Seeley, J. R. (1990). Are people changed by the experience of having an episode of depression? A further test of the scar hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 264 –271. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.99.3.264>

Romero, M., Sandín, B., y Chorot, P. (1997). Datos preliminares con el cuestionario de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). Presentado al I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Madrid, 3-5 de abril.

Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and Commitment Therapy.Measures Package*, 61(52), 18.

- Rosenberg, M., Schooler, C., y Schoenbach, C. (1989). Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American Sociological Review*, 54(6), 1004–1018. <https://doi.org/10.2307/2095720>
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141–156. <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Rothschild, B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. WW Norton y Co.
- Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (2007). *Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation*. En G. W. Ladd (Ed.), *Landscapes of childhood. Appraising the human developmental sciences: Essays in honor of Merrill-Palmer Quarterly* (p. 156–185). Wayne State University Press.
- Runions, K., Shapka, J. D., Dooley, J., y Modecki, K. L. (2012). On-Line Media as Context: Affordances for Cyber Aggression and Victimization. En 14^a Biennial Meeting de la Society for Research on Adolescence (SRA), 8-10 March 2012, Vancouver Convention Centre, East Vancouver, British Columbia, Canada.
- Rusbult, C. E., Morrow, G. D., y Johnson, D. J. (1987). Self-esteem and problem-solving behaviour in close relationships. *British Journal of Social Psychology*, 26(4), 293-303. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1987.tb00792.x>
- Russell, S. T., Franz, B. T., y Driscoll, A. K. (2001). Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence. *American Journal of Public Health*, 91(6), 903-906. <https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.91.6.903>

- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.
<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Ryff, C. D., y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Safran, S. P., y Safran, J. S. (1985). Classroom context and teachers' perceptions of problem behaviors. *Journal of Educational Psychology*, 77(1), 20-28.
- Sahin, M. (2012). The relationship between the cyberbullying/cybervictimization and loneliness among adolescents. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 834-837.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.010>
- Sainio, M., Veenstra, R., Huitsing, G., y Salmivalli, C. (2011a). Victims and their defenders: A dyadic approach. *International Journal of Behavioral Development*, 35(2), 144-151.
<https://doi.org/10.1177%2F0165025410378068>
- Salazar, L. R. (2015). Exploring the relationship between compassion, closeness, trust, and social support in same-sex friendships. *The Journal of Happiness y Well-Being*, 3(1), 15-29.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(2), 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.007>
- Salmivalli, C., y Kaukiainen, A. (2004). "Female aggression" revisited: Variable-and person-centered approaches to studying gender differences in different types of aggression. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 30(2), 158-163. <https://doi.org/10.1002/ab.20012>
- Salmivalli, C., Kaukiainen, A., Kaistaniemi, L., y Lagerspetz, K. M. (1999). Self-evaluated self-esteem, peer-evaluated self-esteem, and defensive egotism as predictors of adolescents'

- participation in bullying situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(10), 1268-1278. <https://doi.org/10.1177%2F0146167299258008>
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K., y Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 22(1), 1-15. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2337\(1996\)22:1%3C1::AID-AB1%3E3.O.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2337(1996)22:1%3C1::AID-AB1%3E3.O.CO;2-T)
- Sánchez, C. M. (2006). Intervención cognitivo-conductual en el acoso escolar: un caso clínico de bullying. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 2, 51-56.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 8(2), 173-182. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3953>
- Sanjuán, P. (2011). Affect balance as mediating variable between effective psychological functioning and satisfaction with life. *Journal of Happiness Studies*, 12(3), 373-384. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9199-5>
- Sapouna, M., y Wolke, D. (2013). Resilience to bullying victimization: The role of individual, family and peer characteristics. *Child Abuse y Neglect*, 37(11), 997-1006. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.05.009>
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. Jossey-Bass.
- Saricaoglu, H., y Arslan, C. (2013). An Investigation into Psychological Well-Being Levels of Higher Education Students with Respect to Personality Traits and Self-Compassion. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 13(4), 2097-2104.

- Sasson, H., y Mesch, G. (2017). The role of parental mediation and peer norms on the likelihood of cyberbullying. *The Journal of Genetic Psychology, 178*(1), 15-27. <https://doi.org/10.1080/00221325.2016.1195330>
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., y Mehl, M. R. (2012). When leaving your ex, love yourself: observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science, 23*(3), 261-269. <https://doi.org/10.1177/0956797611429466>
- Schafer, M., Korn, S., Smith, P. K., Hunter, S. C., Mora-Merchan, J. A., Singer, M. M., y van der Meulen, K. (2004). Lonely in the crowd: Recollections of bullying. *British Journal of Developmental Psychology, 22*, 379-394. <https://doi.org/10.1348/0261510041552756>
- Schanche, E. (2013). The transdiagnostic phenomenon of self-criticism. *Psychotherapy, 50*(3), 316-321. <https://doi.org/10.1037/a0032163>
- Scherr, T., y Larson, J. (2009). Bullying dynamics associated with race, ethnicity, and immigration status. En S. R. Jimerson, S. M. Swearer, & D. L. Espelage (Eds.), *Handbook of bullying in schools: An international perspective* (p. 223–234). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.1080/00221325.2016.1195330>
- Schmitt, D. P., y Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*(4), 623 -642. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>
- Schröder-Abé, M., Rudolph, A., y Schütz, A. (2007). High implicit self-esteem is not necessarily advantageous: Discrepancies between explicit and implicit self-esteem and their relationship with anger expression and psychological health. *European Journal of*

- Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*, 21(3), 319-339. <https://doi.org/10.1002/per.626>
- Schwartz, D., Gorman, A. H., Nakamoto, J., y Toblin, R. L. (2005). Victimization in the peer group and children's academic functioning. *Journal of Educational Psychology*, 97(3), 425–435. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.3.425>
- Scoglio, A. A., Rudat, D. A., Garvert, D., Jarmolowski, M., Jackson, C., y Herman, J. L. (2018). Self-compassion and responses to trauma: The role of emotion regulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(13), 2016-2036. <https://doi.org/10.1177%2F0886260515622296>
- Seals, D., y Young, J. (2003). Bullying and victimization: Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence*, 38(152), 735-747.
- Sedikides, C. (1993). Assessment, enhancement, and verification determinants of the self-evaluation process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 317 – 338. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.317>
- Sedikides, C., Campbell, W. K., Reeder, G. D., y Elliot, A. J. (1998). The self-serving bias in relational context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 378-386. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.378>
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., y Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 9(2), 131-138. <https://doi.org/10.1002/cpp.320>
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 333-335. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>

- Seligman, M., Reivich, K., Jaycox, L., y Gillham, J. (1995). The optimistic child: A revolutionary approach to raising resilient children. Random House.
- Selten, J., van der Ven, E., Rutten, B. P., y Cantor-Graae, E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1180-1186.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbt134>
- Ševčíková, A., Macháčková, H., Wright, M. F., Dědková, L., y Černá, A. (2015). Social support seeking in relation to parental attachment and peer relationships among victims of cyberbullying. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 25(2), 170-182.
<https://doi.org/10.1017/jgc.2015.1>
- Shackelford, T. K. (2001). Self-esteem in marriage. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 371-390. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00023-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00023-4)
- Shahani, C., Dipboye, R. L., y Phillips, A. P. (1990). Global self-esteem as a correlate of work-related attitudes: A question of dimensionality. *Journal of Personality Assessment*, 54(1-2), 276-288. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5401&2_26
- Shahar, G., y Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 890 –900. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.890>
- Shahar, G., y Henrich, C. C. (2010). Do depressive symptoms erode self-esteem in early adolescence? *Self and Identity*, 9(4), 403-415.
<https://doi.org/10.1080/15298860903286090>
- Shakoor, B. H., y Chalmers, D. (1991). Co-victimization of African-American children who witness violence: effects on cognitive, emotional, and behavioral development. *Journal of the National Medical Association*, 83(3), 233-238

- Shapka, J. D., y Law, D. M. (2013). Does one size fit all? Ethnic differences in parenting behaviors and motivations for adolescent engagement in cyberbullying. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(5), 723-738. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9928-2>
- Sharma, M., y Davidson, C. (2015). Self-compassion in relation to personal initiativeness, curiosity and exploration among young adults. *Indian Journal of Health y Wellbeing*, 6(2), 185-187.
- Sharp, S., y Smith, P. (2002). *School bullying: Insights and perspectives*. Routledge.
- Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., y Rapoport, J. L. (2008). Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *Journal of Neuroscience*, 28(14), 3586-3594. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5309-07.2008>
- Shetgiri, R., Espelage, D. L., y Carroll, L. (2015). *Practical strategies for clinical management of bullying*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-15476-3>
- Shields, A., y Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 349-363. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_7
- Shin, H. H., Braithwaite, V., y Ahmed, E. (2016). Cyber-and face-to-face bullying: who crosses over? *Social Psychology of Education*, 19(3), 537-567. <https://doi.org/10.1007/s11218-016-9336-z>
- Shrauger, J. S., y Sorman, P. B. (1977). Self-evaluations, initial success and failure, and improvement as determinants of persistence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(5), 784-795. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.45.5.784>

- Silber, E., y Tippett, J. S. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, *16*(3_suppl), 1017-1071. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1965.16.3c.1017>
- Simmons, R. G., Blyth, D. A., Van Cleave, E. F., y Bush, D. M. (1979). Entry into early adolescence: The impact of school structure, puberty, and early dating on self-esteem. *American Sociological Review*, *44*(6), 948-967. <https://doi.org/10.2307/2094719>
- Singelis, T. M. (1994). The measurement of independent and interdependent self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *20*(5), 580-591. <https://doi.org/10.1177%2F0146167294205014>
- Singham, T., Viding, E., Schoeler, T., Arseneault, L., Ronald, A., Cecil, C. M., McCrory, E., Rijdsdijk, F., y Pingault, J. (2017). Concurrent and longitudinal contribution of exposure to bullying in childhood to mental health: the role of vulnerability and resilience. *JAMA Psychiatry*, *74*(11), 1112-1119. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2678>
- Sirois, F. M. (2014). Procrastination and stress: Exploring the role of self-compassion. *Self and Identity*, *13*(2), 128-145. <https://doi.org/10.1080/15298868.2013.763404>
- Skaalvik, E. M., y Hagtvet, K. A. (1990). Academic achievement and self-concept: An analysis of causal predominance in a developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(2), 292-397.
- Slee, P. T. (1995). Peer victimization and its relationship to depression among Australian primary school students. *Personality and Individual Differences*, *18*(1), 57-62. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00114-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00114-8)
- Slee, P. T., y Rigby, K. (1993). The relationship of Eysenck's personality factors and self-esteem to bully-victim behaviour in Australian schoolboys. *Personality and Individual Differences*, *14*(2), 371-373. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90136-Q](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90136-Q)

- Slonje, R., y Smith, P. K. (2008). Cyberbullying: Another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 147-154. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00611.x>
- Slonje, R., Smith, P. K., y Frisé, A. (2013). The nature of cyberbullying, and strategies for prevention. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.05.024>
- Smart Richman, L., y Leary, M. R. (2009). Reactions to discrimination, stigmatization, ostracism, and other forms of interpersonal rejection: a multimotive model. *Psychological Review*, 116(2), 365-383.
- Smith, A., y Williams, K. D. (2004). RU there? Ostracism by cell phone text messages. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8(4), 291 –301. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.8.4.291>
- Smith, P. K. (2009). Cyberbullying: Abusive relationships in cyberspace. *Zeitschrift Für Psychologie/Journal of Psychology*, 217(4), 180-181. <https://doi.org/10.1027/0044-3409.217.4.180>
- Smith, P. K. (2014). *Understanding school bullying: Its nature and prevention strategies*. Sage. <https://doi.org/10.4135/9781473906853>
- Smith, P. K., Cowie, H., Olafsson, R. F., Liefoghe, A. P. D., Almeida, A., Araki, H., del Barrio, C., Costabile, A., Dekleva, B., Houndoumadi, A., Kim, K., Olafsson, R. P., Ortega, R., Pain, J., Pateraki, L., Schafer, M., Singer, M., Smorti, A., Toda, Y., . . . Wenxin, Z. (2002). Definitions of bullying: A comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Development*, 73(4), 1119-1133. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00461>

- Smith, P. K., López-Castro, L., Robinson, S., y Görzig, A. (2019). Consistency of gender differences in bullying in cross-cultural surveys. *Aggression and Violent Behavior, 45*, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.04.006>
- Solberg, M. E., y Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior, 29*(3), 239-268. <https://doi.org/10.1002/ab.10047>
- Soler, L., Paretila, C., Kirchner, T., y Forn, M. (2012). Effects of poly-victimization on self-esteem and post-traumatic stress symptoms in Spanish adolescents. *European Child y Adolescent Psychiatry, 21*(11), 645-653. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0301-x>
- Somerville, L. H., Heatherton, T. F., y Kelley, W. M. (2006). Anterior cingulate cortex responds differentially to expectancy violation and social rejection. *Nature Neuroscience, 9*(8), 1007-1008. <https://doi.org/10.1038/nn1728>
- Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., y Sillanpää, M. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders, 93*(1-3), 87-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.015>
- Sourander, A., Helstelä, L., Helenius, H., y Piha, J. (2000). Persistence of bullying from childhood to adolescence—a longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse y Neglect, 24*(7), 873-881. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00146-0)
- Sowislo, J. F., y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139*(1), 213-240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>

- Spasojević, J., y Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25 –37. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
- Spencer, S. J., Jordan, C. H., Logel, C. E., y Zanna, M. P. (2005). Nagging doubts and a glimmer of hope: The role of implicit self-esteem in self-image maintenance. En A. Tesser, J. V. Wood, & D. A. Stapel (Eds.), *On building, defending and regulating the self: A psychological perspective* (pp. 153–170). New York: Psychology Press.
- Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)(" self-evaluation questionnaire"). Consulting Psychologists Press.
- Stavrinides, P., Nikiforou, M., y Georgiou, S. (2015). Do mothers know? Longitudinal associations between parental knowledge, bullying, and victimization. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(2), 180-196. <https://doi.org/10.1177%2F0265407514525889>
- Steele, C. M. (1999). *The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self*. En R. F. Baumeister (Ed.), *Key readings in social psychology. The self in social psychology* (p. 372–390). Psychology Press.
- Stevens, V., De Bourdeaudhuij, I., y Van Oost, P. (2002). Relationship of the family environment to children's involvement in bully/victim problems at school. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 419-428. <https://doi.org/10.1023/A:1020207003027>
- Stöber, J. (2003). Self-pity: Exploring the links to personality, control beliefs, and anger. *Journal of Personality*, 71(2), 183-220. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.7102004>
- Storch, E. A., y Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27(3), 351-362. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.003>

- Street, A. E., y Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*, 16(1), 65-78.
- Stucke, T. S. (2002). Narcissism and self-concept clarity as personality correlates of mobbing perpetrators. *Zeitschrift Fur Arbeits-Und Organisationspsychologie*, 46(4), 220-225. <https://doi.org/10.1026//0932-4089.46.4.216>
- Stutts, L. A., Leary, M. R., Zeveney, A. S., y Hufnagle, A. S. (2018). A longitudinal analysis of the relationship between self-compassion and the psychological effects of perceived stress. *Self and Identity*, 17(6), 609-626. <https://doi.org/10.1080/15298868.2017.1422537>
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., y Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 689-700. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00171-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00171-9)
- Sun, X., Chan, D. W., y Chan, L. (2016). Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: Exploring gender differences. *Personality and Individual Differences*, 101, 288-292. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.029>
- Sutton, J., Smith, P. K., y Swettenham, J. (1999). Bullying and 'theory of mind': A critique of the 'social skills deficit' view of anti-social behaviour. *Social Development*, 8(1), 117-127. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00083>
- Sutton, J., Smith, P. K., y Swettenham, J. (2001). 'It's easy, it works, and it makes me feel good': A response to Arsenio and Lemerise. *Social Development*, 10(1), 74-78. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00149>
- Swearer, S. M., Espelage, D. L., Vaillancourt, T., y Hymel, S. (2010). What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educational Researcher*, 39(1), 38-47. <https://doi.org/10.3102%2F0013189X09357622>

- Swearer, S. M., Peugh, J., Espelage, D. L., Siebecker, A. B., Kingsbury, W. L., & Bevins, K. S. (2006). *A socioecological model for bullying prevention and intervention in early adolescence: An exploratory examination*. En S. R. Jimerson & M. Furlong (Eds.), *Handbook of school violence and school safety: From research to practice* (p. 257–273). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Swearer, S. M., Song, S. Y., Cary, P. T., Eagle, J. W., y Mickelson, W. T. (2001). Psychosocial correlates in bullying and victimization: The relationship between depression, anxiety, and bully/victim status. *Journal of Emotional Abuse, 2*(2-3), 95-121. https://doi.org/10.1300/J135v02n02_07
- Sweeting, H., Young, R., West, P., y Der, G. (2006). Peer victimization and depression in early–mid adolescence: A longitudinal study. *British Journal of Educational Psychology, 76*(3), 577-594. <https://doi.org/10.1348/000709905X49890>
- Tabachnick, B. G., y Fidell, L. S., (2007). *Using multivariate statistics*. Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Tafarodi, R. W., y Swann Jr, W. B. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences, 31*(5), 653-673. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00169-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00169-0)
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Elliott, J. D., y Morrel, T. M. (2001). Attendance-enhancing procedures in group counseling for domestic abusers. *Journal of Counseling Psychology, 48*(1), 51 –60. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.1.51>
- Takakura, M., Nagayama, T., Sakihara, S., y Willcox, C. (2001). Patterns of Health-Risk Behavior Among Japanese High School Students. *Journal of School Health, 71*(1), 23-29. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2001.tb06484.x>

- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., Paglia-Boak, A., y MAP Research Team. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse y Neglect*, 35(10), 887-898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.003>
- Tandler, N., y Petersen, L. (2018). Are self-compassionate partners less jealous? Exploring the mediation effects of anger rumination and willingness to forgive on the association between self-compassion and romantic jealousy. *Current Psychology*, 39 , 750–760. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9797-7>
- Tani, F., Greenman, P. S., Schneider, B. H., y Fregoso, M. (2003). Bullying and the big five - A study of childhood personality and participant roles in bullying incidents. *School Psychology International*, 24(2), 131-146. <https://doi.org/10.1177/0143034303024002001>
- Taylor, M. B., Daiss, S., y Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and body mass index in college students. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(3), 229–238. <https://doi.org/10.1037/tps0000035>
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
- Taylor, S. E., y Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.
- Thewissen, J. G., Cooper, L. N., Clementz, M. T., Bajpai, S., y Tiwari, B. N. (2007). Whales originated from aquatic artiodactyls in the Eocene epoch of India. *Nature*, 450(7173), 1190-1194. <https://doi.org/10.1038/nature06343>

- Thomae, M., y Viki, G. T. (2013). Why did the woman cross the road? The effect of sexist humor on men's rape proclivity. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 7(3), 250 -269. <http://dx.doi.org/10.1037/h0099198>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Tice, D. M. (1991). Esteem protection or enhancement? Self-handicapping motives and attributions differ by trait self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(5), 711 -725. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.5.711>
- Tice, D. M. (1993). The social motivations of people with low self-esteem. En R. F. Baumeister (Ed.), *Plenum series in social/clinical psychology. Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (p. 37–53). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_3
- Tirch, D. (2012). *The compassionate-mind guide to overcoming anxiety: Using compassion-focused therapy to calm worry, panic, and fear*. New Harbinger Publications.
- Tirch, D., Schoendorff, B., y Silberstein, L. R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility*. New Harbinger Publications.
- Tomada, G., y Schneider, B. H. (1997). Relational aggression, gender, and peer acceptance: Invariance across culture, stability over time, and concordance among informants. *Developmental Psychology*, 33(4), 601-609.
- Tomasello, M. (2014). The ultra-social animal. *European Journal of Social Psychology*, 44(3), 187-194. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2015>
- Tomich, P. L., y Tolich, A. (2019). Life is a balancing act: Deviation from a balanced time perspective mediates the relationship between lifetime trauma exposure and optimism. *Current Psychology*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00191-3>

- Tracy, J. L., Cheng, J. T., Robins, R. W., y Trzesniewski, K. H. (2009). Authentic and hubristic pride: The affective core of self-esteem and narcissism. *Self and Identity*, 8(2-3), 196-213. <https://doi.org/10.1080/15298860802505053>
- Tritt, C., y Duncan, R. D. (1997). The relationship between childhood bullying and young adult self-esteem and loneliness. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 36(1), 35-44. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4683.1997.tb00426.x>
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., y Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 205-220. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.205>
- Tsering, T. (2008). *The awakening mind: the foundation of Buddhist thought*. Simon and Schuster. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.205>
- Turner, H. A., Finkelhor, D., y Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323-330.
- Twenge, J. M., y Campbell, W. K. (2002). Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 59-71. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_3
- Twenge, J. M., y Crocker, J. (2002). Race and self-esteem: Meta-analyses comparing Whites, Blacks, Hispanics, Asians, and American Indians and comment on Gray-Little and Hafdahl (2000). *Psychological Bulletin*, 128(3), 371-408. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.3.371>
- Tylka, T. L., Russell, H. L., y Neal, A. A. (2015). Self-compassion as a moderator of thinness-related pressures' associations with thin-ideal internalization and disordered eating. *Eating Behaviors*, 17, 23-26. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.009>

- Umpfrey, L. R., y Sherblom, J. C. (2014). The relationship of hope to self-compassion, relational social skill, communication apprehension, and life satisfaction. *International Journal of Wellbeing*, 4(2), 1-18. doi:10.5502/ijw.v4i2.1
- Underwood, M. K. (2002). Sticks and stones and social exclusion: Aggression among girls and boys. En P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbooks of developmental psychology. Blackwell handbook of childhood social development* (p. 533–548). Blackwell Publishing.
- Undheim, A. M., y Sund, A. M. (2010). Prevalence of bullying and aggressive behavior and their relationship to mental health problems among 12-to 15-year-old Norwegian adolescents. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 19(11), 803-811. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0131-7>.
- Vaillancourt, T., Hymel, S., y McDougall, P. (2003). Bullying Is Power: Implications for School-Based Intervention Strategies. *Journal of Applied School Psychology*, 19(2), 157-176. https://doi.org/10.1300/J008v19n02_10
- Valentine, S. (2001). Self-esteem, cultural identity, and generation status as determinants of Hispanic acculturation. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 23(4), 459-468. <https://doi.org/10.1177%2F0739986301234007>
- Van der Gucht, E., Morriss, R., Lancaster, G., Kinderman, P., y Bentall, R. P. (2009). Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 146-151. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.047894>
- Van Vliet, K., y Kalnins, G. (2011). A compassion-focused approach to nonsuicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(4), 295-311. <https://doi.org/10.17744/mehc.33.4.j7540338q223t417>

- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G., y Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process?—A comparison between the patient's and therapist's view. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(5), 357-365. <https://doi.org/10.1002/erv.768>
- Varni, J. W., Rapoff, M. A., Waldron, S. A., Gragg, R. A., Bernstein, B. H., y Lindsley, C. B. (1996). Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 17(3), 154-161
- Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes De Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., van Dijk, J. P., y Reijneveld, S. A. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*, 34(3), 287-291. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.005>
- Vieno, A., Gini, G., y Santinello, M. (2011). Different forms of bullying and their association to smoking and drinking behavior in Italian adolescents. *Journal of School Health*, 81(7), 393-399. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00607.x>
- Virkkunen, M., y Linnoila, M. (1993). Brain serotonin, type II alcoholism and impulsive violence. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (11), 163-169. <https://doi.org/10.15288/jsas.1993.s11.163>
- Vitaro, F., Brendgen, M., y Tremblay, R. E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(4), 313-325. <https://doi.org/10.1023/A:1005188108461>

- Vivolo-Kantor, A. M., Martell, B. N., Holland, K. M., y Westby, R. (2014). A systematic review and content analysis of bullying and cyber-bullying measurement strategies. *Aggression and Violent Behavior, 19*(4), 423-434. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.008>
- Vonk, R. (2006). Improving self-esteem. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (p. 178–187). Psychology Press.
- Vossekuil, B., Reddy, M., Fein, R., Borum, R., y Modzeleski, W. (2000). Safe School Initiative: An interim report on the prevention of targeted violence in schools. *Mental Health Law & Policy Faculty Publications. 48*.
- Waite, F., Knight, M. T., y Lee, D. (2015). Self-compassion and self-criticism in recovery in psychosis: An interpretative phenomenological analysis study. *Journal of Clinical Psychology, 71*(12), 1201-1217. <https://doi.org/10.1002/jclp.22211>
- Walden, L. M., y Beran, T. N. (2010). Attachment quality and bullying behavior in school-aged youth. *Canadian Journal of School Psychology, 25*(1), 5-18. <https://doi.org/10.1177%2F0829573509357046>
- Walker, J. S., y Bright, J. A. (2009). False inflated self-esteem and violence: A systematic review and cognitive model. *Journal of Forensic Psychiatry y Psychology, 20*(1), 1-32. <https://doi.org/10.1080/14789940701656808>
- Wang, J., Iannotti, R. J., y Nansel, T. R. (2009). School bullying among adolescents in the United States: Physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health, 45*(4), 368-375. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.021>
- Wang, J., Nansel, T. R., y Iannotti, R. J. (2011). Cyber and traditional bullying: Differential association with depression. *Journal of Adolescent Health, 48*(4), 415-417. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.012>

- Warren, R. (2015). Emotion regulation in borderline personality disorder: The role of self-criticism, shame, and self-compassion: (Commentary on Emotional processing in a ten-session general psychiatric treatment for Borderline Personality Disorder: A case study). *Personality and Mental Health, 9*(1), 84-86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1290>
- Waterman, A. S. (2007). On the importance of distinguishing hedonia and eudaimonia when contemplating the hedonic treadmill. *American Psychologist, 62*(6), 612–613. <https://doi.org/10.1037/0003-066X62.6.612>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134*(2), 163-206. doi:10.1037/0033-2909.134.2.163
- Watson, D. C. (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Social Behavior and Personality, 13*(3), 399-420.
- Watson, D., Clark, L. A., y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 346 - 353. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.346>
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070
- Watson, D., y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*(2), 234-254. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.234>
- Welp, L. R., y Brown, C. M. (2014). Self-compassion, empathy, and helping intentions. *The Journal of Positive Psychology, 9*(1), 54-65. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.831465>

- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., y Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress y Coping*, 25(5), 543-558.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
- Wessely, S. C., y Lewis, G. H. (1989). The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *The British Journal of Psychiatry*, 155(5), 686-691.
<https://doi.org/10.1192/S0007125000018201>
- Wetterneck, C. T., Lee, E. B., Smith, A. H., y Hart, J. M. (2013). Courage, self-compassion, and values in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(3-4), 68-73. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.09.002>
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., y Summers, G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology*, 8, 84-136.
<https://doi.org/10.2307/270754>
- Whitney, I., y Smith, P. K. (1993). A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educational Research*, 35(1), 3-25.
<https://doi.org/10.1080/0013188930350101>
- Williams, K. D., Cheung, C. K., y Choi, W. (2000). Cyberostracism: effects of being ignored over the Internet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 748-762.
- Williams, M. J., Dalglish, T., Karl, A., y Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the Five Facet Mindfulness Questionnaire and the Self-Compassion Scale. *Psychological Assessment*, 26(2), 407-418. <https://doi.org/10.1037/a0035566>.
- Wilson, S. L. (1985). The self-pity response: A reconsideration. *Progress in Self-Psychology*, 1, 178-190.

- Wu, K. D., Clark, L. A., y Watson, D. (2006). Relations between obsessive–compulsive disorder and personality: Beyond Axis I–Axis II comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(6), 695-717. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.11.001>
- Yang, X., y Mak, W. W. (2017). The differential moderating roles of self-compassion and mindfulness in self-stigma and well-being among people living with mental illness or HIV. *Mindfulness*, 8(3), 595-602. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0635-4>
- Yarnell, L. M., y Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., y Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499-520. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966>
- Ybarra, M. L., Boyd, D., Korchmaros, J. D., y Oppenheim, J. (. (2012). Defining and measuring cyberbullying within the larger context of bullying victimization. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.031>
- Ybarra, M. L., y Mitchell, K. J. (2004). Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, Internet use, and personal characteristics. *Journal of Adolescence*, 27(3), 319-336. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.007>
- Ybarra, M. L., Diener-West, M., y Leaf, P. J. (2007). Examining the overlap in Internet harassment and school bullying: Implications for school intervention. *Journal of Adolescent Health*, 41(6), S42-S50. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.09.004>
- Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., Wolak, J., y Finkelhor, D. (2006). Examining characteristics and associated distress related to Internet harassment: findings from the Second Youth Internet Safety Survey. *Pediatrics*, 118(4), e1169-e1177. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0815>

- Yeshua, M., Zohar, A. H., y Berkovich, L. (2019). "Silence! The body is speaking"—a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, Health y Medicine*, 24(2), 229-240. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1546016>
- Yeung, R., y Leadbeater, B. (2010). Adults make a difference: the protective effects of parent and teacher emotional support on emotional and behavioral problems of peer-victimized adolescents. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 80-98. <https://doi.org/10.1002/jcop.20353>
- Zeeck, A., y Hartmann, A. (2005). Relating therapeutic process to outcome: Are there predictors for the short-term course in anorexic patients? *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(4), 245-254. <https://doi.org/10.1002/erv.646>
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: Implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of Personality*, 74(1), 119-144. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00371.x>
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9167-8>
- Zeigler-Hill, V., y Terry, C. (2007). Perfectionism and explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-esteem. *Self and Identity*, 6(2-3), 137-153. <https://doi.org/10.1080/15298860601118850>
- Zeller, M., Yuval, K., Nitzan-Assayag, Y., y Bernstein, A. (2015). Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(4), 645-653. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9937-y>

- Zhang, H., Carr, E. R., Garcia-Williams, A. G., Siegelman, A. E., Berke, D., Niles-Carnes, L. V., Patterson, B., Watson-Singleton, N. N., y Kaslow, N. J. (2018). Shame and Depressive Symptoms: Self-compassion and Contingent Self-worth as Mediators? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4),408-419. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9548-9>
- Zhang, J. W., y Chen, S. (2017). Self-compassion promotes positive adjustment for people who attribute responsibility of a romantic breakup to themselves. *Self and Identity*, 16(6), 732-759. <https://doi.org/10.1080/15298868.2017.1305985>
- Zheng, L. R., Atherton, O. E., Trzesniewski, K., y Robins, R. W. (2020). Are Self-Esteem and Academic Achievement Reciprocally Related? Findings from a Longitudinal Study of Mexican-Origin Youth. *Journal of Personality*,88(6), 1058-1074. <https://doi.org/10.1111/jopy.12550>
- Zhou, Z., Liu, Q., Niu, G., Sun, X., y Fan, C. (2017). Bullying victimization and depression in Chinese children: A moderated mediation model of resilience and mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 104, 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.040>
- Zimmerman, M. A., Copeland, L. A., Shope, J. T., y Dielman, T. E. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(2), 117-141. <https://doi.org/10.1023/A:1024596313925>
- Zottis, G. A., Salum, G. A., Isolan, L. R., Manfro, G. G., y Heldt, E. (2014). Associations between child disciplinary practices and bullying behavior in adolescents. *Jornal De Pediatria (Versão Em Português)*, 90(4), 408-414. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2013.12.007>

Zuckerman, M., Li, C., y Hall, J. A. (2016). When men and women differ in self-esteem and when they don't: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality, 64*, 34-51.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.07.007>

Zuroff, D. C., Igreja, I., y Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research, 14*(3), 315-326. <https://doi.org/10.1007/BF01183999>

Zuroff, D. C., y Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology, 96*(1), 14.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.1.14>

ANEXOS

Anexo 1. Escala de autoestima de Rosenberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, contesta las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada poniendo una X en la casilla correspondiente:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general, estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

Anexo 2. Escala de autocompasión de Neff

Marca con una X en la casilla correspondiente la frecuencia con que te comportas de la manera indicada. El 1 es casi nunca y el 5 casi siempre

	1	2	3	4	5
1. Me critico duramente por mis fallos e incapacidades.					
2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.					
3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir					
4. Cuando pienso en mis limitaciones, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.					
5. Intento tratarme bien a mí mismo cuando me siento mal (triste, nervioso)					
6. Cuando fallo en algo importante para mí, me siento muy incapaz.					
7. Cuando estoy desanimado/a y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.					
8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.					
9. Cuando algo no me gusta trato de mantenerme tranquilo					
10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.					
11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi forma de ser que no me gustan.					
12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, intento tratarme bien y con cariño.					
13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.					
14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.					
15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.					
16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.					
17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.					
18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.					
19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.					
20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.					
21. Puedo ser un poco cruel conmigo mismo cuando lo estoy pasando mal.					
22. Cuando me siento triste intento observar mis propios sentimientos con curiosidad.					
23. Tolero bien mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.					
24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.					
25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.					
26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi forma de ser que no me gustan.					

Anexo 3. Escala de afecto positivo y negativo (Positive and Negative Affect Schedule)

Marca con una X la casilla que más se aproxime a la respuesta que quieres dar. No existen contestaciones buenas ni malas.

	Nada o casi nunca	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. Me siento disgustado/a o molesto/a					
2. Siento que tengo vitalidad o energía					
3. Estoy enfadado/furioso					
4. Me siento avergonzado					
5. Me siento inspirado					
6. Me siento nervioso					
7. Soy un/a chico/a decidido/a					
8. Soy una persona atenta, detallista					
9. Soy un/a chico/a activo/a					
10. Siento miedo					
11. Me siento culpable					
12. Me siento orgulloso/a (de algo), satisfecho					
13. Me intereso por la gente o las cosas nuevas					
14. Me siento tenso/a, agobiado/a, con sensación de estrés					
15. Soy una persona animada, me emociono con facilidad					
16. Soy un chico/a asustadizo					
17. Me entusiasmo con cosas o con personas					
18. Tengo mal humor (me altero o irrito)					
19. Soy un/a chico/a espabilado					
20. Siento sensaciones en el cuerpo de estar intranquilo/a; preocupado/a					

Anexo 4. Cuestionario de clima escolar

	Nunca	Una o dos veces	Prácticamente todas las semanas	Una vez a la semana	Varias veces a la semana
1. Mis compañeros me ignoran completamente					
2. Mis compañeros me rechazan a propósito					
3. Mis compañeros son agradables conmigo					
4. Mis amigos me invitan a planes que me gustan					
5. Mis compañeros me impiden participar en actividades					
6. Mis compañeros me insultan, me ofenden o ridiculizan					
7. Mis compañeros difunden rumores o dicen cosas sobre mí que son mentira					
8. Me divierto mucho con mis compañeros					
9. Mis compañeros hablan mal de mí					
10. Me ha grabado algún compañero o compañera en el móvil para utilizarlo contra mí					
11. Obligo a otros compañeros a hacer cosas que no quieren con amenazas (traer dinero, hacerles tareas)					
12. Mis compañeros me pegan					
13. Mis compañeros me amenazan para meterme miedo					
14. Me ha grabado algún compañero o compañera en móvil o vídeo para obligarme a hacer después algo que no quería					
15. Me intimidan con frases o insultos de carácter sexual					
16. Me obligan con amenazas a conductas o situaciones de carácter sexual en las que no quiero participar					
17. A alguno/os de mis compañeros les ignoro completamente					
18. Difundo rumores sobre otros o cuento cosas que son mentira					
19. Me gusta ir al colegio					
20. Rechazo a algunos amigos a propósito					
21. Impido participar a algunos compañeros en actividades					
22. He grabado a algún compañero o compañera en móvil o vídeo para obligarle a hacer después algo que no quería					
23. Insulto, ofendo o ridiculizo a otros compañeros					
24. Hablo mal de otros compañeros					
25. Robo o rompo cosas a otros compañeros					
26. He enviado mensajes a través de internet o de teléfono móvil en los que se insultaba, amenazaba, ofendía o asustaba a algún compañero/ compañera					
27. Pienso que me gustaría tener otros amigos					
28. Pego a otros compañeros para hacerles daño					
29. Mis compañeros se ríen conmigo					
30. Amenazo a compañeros para meterles miedo					
31. Me gustaría cambiar de profesores					
32. Intimido a otros compañeros/as con frases o insultos de carácter sexual					
33. Prefiero relacionarme a través de internet que cara a cara					
34. Obligo a otros/as compañeros/as con amenazas a conductas o situaciones de carácter sexual en las que no quiero participar					
35. Me amenazan con armas (palos, navajas)					
36. Amenazo a otros con armas (palos, navajas)					
37. Me obligan a hacer cosas que no quiero con amenazas (traer dinero, hacerles tareas...)					
38. Mis compañeros han difundido fotos o imágenes mías por Internet o con el móvil para utilizarlo contra mí.					
39. Mis compañeros me rompen o me roban cosas					
40. He recibido mensajes a través de Internet o de teléfono móvil en los que me insultaban, amenazaban, ofendían o asustaban.					
41. He grabado algún compañero o compañera en el móvil para reirme de él o de ella					
42. Disfruto de las clases					
43. He difundido fotos o imágenes por internet o teléfono móvil de algún compañero o compañera para utilizarlo contra él o ella					

Anexo 5. Escala de aceptación y rechazo parental

		Nunca	A veces	A menudo	Muchas veces
¿Estás disgustado a veces con tus padres porque no te apoyan lo suficiente o no te dan lo que necesitas?	Con tu padre				
	Con tu madre				
¿Piensas que tus padres son demasiado estrictos o rígidos contigo?	Padre				
	Madre				
¿Cuando las cosas te han ido mal, tus padres tratan de apoyarte o ayudarte?	Padre				
	Madre				
¿Piensas que tus padres te apoyarían si tuvieses que hacer algo realmente difícil?	Padre				
	Madre				
¿Tus padres te culpan por todo?	Padre				
	Madre				
¿Tus padres te demuestran que te quieren?	Padre				
	Madre				
Cuando te sientes mal, ¿tus padres intentan ayudarte y entenderte?	Padre				
	Madre				
¿Son tus padres poco amables y duros contigo?	Padre				
	Madre				

Anexo 6. Medidas de heteroinforme

Ahora, con la lista de clase, contesta a las siguientes preguntas. Pon los números **del orden** (columna de la izquierda) de tus compañeros de clase. Puedes poner tantos compañeros como quieras. Si fueran de otra clase, escribe su nombre y apellido:

1. ¿Con quién te gusta sentarte?
2. ¿Con quién NO te gusta sentarte?
3. ¿Con quién te gusta hacer cosas?
4. ¿Quiénes son tus amigos?
5. ¿Quién se deja llevar más por la opinión de los demás?
6. ¿Quién es mandón?
7. ¿Quién tiene buena relación con todo el mundo?
8. ¿Quién ayuda a otros cuando lo necesitan?
9. ¿Quién trata bien a los demás?
10. ¿Quién es educado y respetuoso?
11. Si tuvieras un problema, ¿A qué compañero se lo contarías?
12. ¿A qué compañero/a/ os/ as se les pega o maltrata físicamente por su debilidad en el grupo?
13. ¿Qué compañero/a/os/as de clase es insultado o humillado por otros?
14. ¿Qué compañero es rechazado, ignorado o aislado por los demás?
15. ¿Qué compañeros/as pegan o maltratan físicamente a otros/as?
16. ¿Qué compañeros/as compañeros de clase insultan o humillan a otros?
17. ¿Qué compañeros/as cuentan mentiras sobre otros o cuentan más rumores?
18. ¿Quién suele empezar las peleas?
19. ¿Quién molesta a otros?

Anexo 7. Escala de aceptación y rechazo parental

Bullying

A continuación aparecen algunas preguntas sobre el bullying. Nos gustaría saber si hay bullying o no en tu instituto. Primero, explicamos qué es el bullying. Decimos que se le está haciendo bullying a un/a alumno/a, cuando otro alumno/a o varios alumnos/as:

- le dicen cosas crueles y dolorosas o se ríen de él o ella y le ponen mote crueles o dolorosos.
- le ignoran completamente o le excluyen de su grupo de amigos o le apartan de actividades a propósito
- le pegan, dan patadas, le empujan o le encierran en sitios pequeños o en habitaciones.
- dicen mentiras o difunden rumores sobre él/ella.
- le envían notas crueles o intentan hacer que a otros alumnos tampoco les guste.

Cuando hablamos de bullying, decimos que estas cosas ocurren repetidamente y es difícil para la víctima defenderse por sí mismo. También decimos que es bullying cuando se hace burla o se molesta repetidamente a otro/a alumno/a de una manera cruel y que le causa daño.

Pero no es bullying cuando la burla se hace en un tono de broma y amigable. Tampoco es bullying cuando dos alumnos de la misma fuerza discuten o se pelean.

1. Basándote en esta definición, ¿con qué frecuencia te han hecho bullying en el colegio? Rodea la respuesta
 - a) Nunca
 - b) Una o dos veces
 - c) Prácticamente todas las semanas
 - d) Una vez a la semana
 - e) Varias veces a la semana
2. Basándote en esta definición e intentando ser sincero, indica con qué frecuencia has hecho bullying a otros en los últimos dos meses:
 - a) Nunca
 - b) Una o dos veces
 - c) Prácticamente todas las semanas
 - d) Una vez a la semana
 - e) Varias veces a la semana

Cyberbullying

El cyberbullying consiste en el uso de teléfonos móviles o internet para acosar, amenazar, o intimidar a alguien:

1. Basándote en esta definición, ¿con qué frecuencia te han hecho cyberbullying en los dos últimos meses? Rodea la respuesta
 - a) Nunca
 - b) Una o dos veces
 - c) Prácticamente todas las semanas
 - d) Una vez a la semana
 - e) Varias veces a la semana
2. Basándote en esta definición e intentando ser sincero, indica con qué frecuencia has hecho cyberbullying a otros en los últimos dos meses:
 - a) Nunca
 - b) Una o dos veces
 - c) Prácticamente todas las semanas
 - d) Una vez a la semana
 - e) Varias veces a la semana

Anexo 8. Cuestionario sociodemográfico

Soy... <input type="checkbox"/> Chica <input type="checkbox"/> Chico	Mi curso es:															
Tengo _____ años	He nacido en _____ (ciudad y país)															
Tengo _____ hermanos	Estoy en el colegio _____															
<p>¿Quién vive normalmente contigo en casa? Marca todas las opciones que se apliquen en tu caso</p> <p><input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Padre</p> <p><input type="checkbox"/> Otra tutora mujer (por ejemplo: la pareja de tu padre, la tutora de la casa de acogida...)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro tutor hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (por ej. hermano, hermana, primos, abuelos)</p>	<p>Si no has nacido en España, ¿Cuántos años tenías cuando llegaste a España? Escríbelo con números:</p> <p>_____ años</p> <hr/> <p>¿Cuántos cursos llevas en este centro?</p> <p>_____</p>															
<p>Mi PADRE ha nacido en:</p> <p>_____</p>	<p>Mi MADRE ha nacido en:</p> <p>_____</p>															
<p>¿Qué estudios han finalizado tus padres?</p> <table> <thead> <tr> <th>Padre</th> <th>Madre</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ninguno o sin estudios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Primarios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Secundaria (bachillerato, formación profesional)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Universitario</td> </tr> </tbody> </table>		Padre	Madre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ninguno o sin estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Primarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secundaria (bachillerato, formación profesional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Universitario
Padre	Madre															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ninguno o sin estudios														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Primarios														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secundaria (bachillerato, formación profesional)														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Universitario														

Anexo 9. Hoja de información sobre participación en proyecto de investigación y consentimiento informado para menores de 16 y 17 años

Título del Proyecto –Autocompasión y autoestima como variables relevantes en el estudio del bienestar y el bullying en los adolescentes-----

Investigadora Principal- - Ana María Pérez García, Catedrática de Psicología de la Personalidad -----

Grupo de Investigación---Personalidad y Salud (Referencia: G59E47 - UNED) -----

Facultad/Escuela ---Facultad de Psicología UNED-----

Autorizado por el ---- Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos -----

La legislación vigente establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación y/o experimentación requerirá una previa y suficiente información sobre el mismo y la prestación del correspondiente consentimiento. Establece igualmente el ordenamiento jurídico que cuando el sujeto sea menor de edad la autorización será prestada por los padres, quien ejerza la patria potestad o, en su caso, el representante legal del menor después de haber escuchado a éste si tiene, al menos, doce años cumplidos. A tal efecto, a continuación, se detallan los objetivos y características del proyecto de investigación arriba referenciado, como requisito previo a la obtención del consentimiento que habilita para la colaboración voluntaria en el proyecto:

1) OBJETIVOS:

El objetivo del estudio es conocer cómo se relaciona el acoso escolar con el bienestar emocional, la autoestima y el trato que los propios estudiantes se dan a sí mismos.

2) DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El estudio va a consistir en completar una serie de cuestionarios. En los cuestionarios se le preguntará por su autoestima, bienestar emocional, relaciones con los compañeros, sobre las características de los propios compañeros, la relación con sus padres y sus actitudes hacia el acoso.

En ningún momento se le pedirá su nombre ni apellidos y el estudio será anónimo. Los alumnos recibirán un código y no será asociado en ningún momento con su nombre o apellido. Sólo deberá completar algunos datos sociodemográficos como género, edad, país de origen, o nivel de estudios de los padres.

Las pruebas se contestarán durante un tiempo aproximado de 30 minutos en el aula del alumno durante su hora de tutoría.

3) POSIBLES BENEFICIOS

Al participar en el estudio, los alumnos entrarán en un sorteo para poder obtener entradas para el teatro o el cine.

Los centros que participen tendrán derecho a una pequeña formación sobre el bullying o acoso entre iguales para familiares y para el profesorado.

Además, esta investigación contribuirá a conocer mejor la asociación entre el bullying y el bienestar de los adolescentes y ayudará al diseño de tratamientos que mejorarán la prevención, la detección y el tratamiento del acoso entre iguales.

4) POSIBLES INCOMODIDADES Y/O RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO

No hay ninguna incomodidad relevante para la participación en el estudio. En algún caso, contestar los cuestionarios puede resultar cansado y los participantes podrán abandonar la participación en el estudio en el momento que lo deseen.

5) PREGUNTAS E INFORMACIÓN:

Para aclarar posibles dudas en relación al estudio, se celebrará una reunión con los padres el próximo día... a las...

Además, podrán ponerse en contacto con Juan Múzquiz Herrero, colaborador en el proyecto de investigación en el teléfono 606219252 o escribir a jmuzquiz@madridsur.uned.es.

6) PROTECCIÓN DE DATOS:

Este proyecto requiere la utilización y manejo de datos de carácter personal que, en todo caso, serán tratados con las exigencias requeridas por la legislación de protección de datos en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de derechos digitales y del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, garantizando la confidencialidad de los mismos.

Los datos serán anonimizados desde el primer momento. Se recogerán en papel y serán custodiados bajo llave. Posteriormente serán introducidos en una base de datos electrónica correctamente anonimizados y asegurando que sea imposible identificar a ninguno de los participantes. Los cuestionarios en papel serán entonces destruidos.

La responsable del fichero será la catedrática Ana María Pérez García. El investigador colaborador, Juan Múzquiz Herrero, ha firmado un documento donde también se comprometen a la custodia segura de todos los datos.

La participación en este proyecto de investigación es voluntaria y el sujeto puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que se le pueda exigir ningún tipo de explicación ni prestación.

Y para que conste por escrito a efectos de información de los participantes y/o de sus representantes legales, se formula y entrega la presente hoja informativa.

En Madrid, a 19 de junio de 2020

Nombre y firma de la Investigadora principal

Ana María Pérez García

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD CON 16 Y 17 AÑOS

D./D^a3.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado, copia de la cual figura en el reverso de este documento, y la he comprendido en todos sus términos.

He sido suficientemente informado/a y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicados en el proyecto de investigación “Autocompasión y autoestima como variables relevantes en el estudio del bienestar y el bullying en los adolescentes” que ha sido autorizado por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNED y para el que se ha pedido mi colaboración.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del mismo

- cuando quiera;
- sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y
- sin ningún tipo de repercusión negativa.

Entiendo que al tener una edad comprendida entre los 16 y los 17 años no necesito la autorización de mis padres o tutores legales para participar en el estudio.

Por todo lo cual, PRESTO CONSENTIMIENTO para la participación en el proyecto de investigación al que este documento hace referencia y para que los datos de carácter personal del menor sean tratados, según la normativa vigente y la política de protección de datos de la UNED⁴, para el uso exclusivo en este proyecto⁵.

En a de de

Fdo.

⁴ <https://www.uned.es/universidad/inicio/institucional/proteccion-datos.html>

⁵ De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de derechos digitales y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de Abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, el/la IP del proyecto manifiesta que los datos personales incorporados en el presente formulario, los recabados en la relación del proyecto de investigación, así como aquellos otros conexos que pudieran ser obtenidos, se incorporarán y tratarán en un fichero automatizado de datos de carácter personal para su uso dentro del Proyecto, con la base legal del previo consentimiento expreso y para la finalidad investigadora del mismo.

Los datos tratados no serán cedidos salvo previa petición y en los casos previstos legalmente, y se conservarán durante el tiempo legalmente establecido y el necesario para cumplir con estos fines.

Las personas legitimadas para ello podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición reconocidos en dicha normativa acreditando fehacientemente su identidad aportando copia de su Documento Nacional de Identidad o documento equivalente.

Contacto del responsable del proyecto: (aperez@psi.uned.es)

Más información sobre la Política de Protección de Datos de la UNED:
<https://www.uned.es/universidad/inicio/institucional/proteccion-datos.html>

Anexo 10. Hoja de información sobre participación en proyecto de investigación y consentimiento informado para menores de 12 a 15 años

Título del Proyecto –Autocompasión y autoestima como variables relevantes en el estudio del bienestar y el bullying en los adolescentes-----

Investigadora Principal- - Ana María Pérez García, Catedrática de Psicología de la Personalidad -----

Grupo de Investigación---Personalidad y Salud (Referencia: G59E47 - UNED) -----

Facultad/Escuela ---Facultad de Psicología UNED-----

Autorizado por el ---- Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos -----

La legislación vigente establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación y/o experimentación requerirá una previa y suficiente información sobre el mismo y la prestación del correspondiente consentimiento. Establece igualmente el ordenamiento jurídico que cuando el sujeto sea menor de edad la autorización será prestada por los padres, quien ejerza la patria potestad o, en su caso, el representante legal del menor después de haber escuchado a éste si tiene, al menos, doce años cumplidos. A tal efecto, a continuación, se detallan los objetivos y características del proyecto de investigación arriba referenciado, como requisito previo a la obtención del consentimiento que habilita para la colaboración voluntaria en el proyecto:

1) OBJETIVOS:

El objetivo del estudio es conocer cómo se relaciona el acoso escolar con el bienestar emocional, la autoestima y el trato que los propios estudiantes se dan a sí mismos.

2) DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El estudio va a consistir en completar una serie de cuestionarios. En los cuestionarios se le preguntará por su autoestima, bienestar emocional, relaciones con los compañeros, sobre las características de los propios compañeros, la relación con sus padres y sus actitudes hacia el acoso.

En ningún momento se le pedirá su nombre ni apellidos y el estudio será anónimo. Los alumnos recibirán un código y no será asociado en ningún momento con su nombre o apellido. Sólo deberá completar algunos datos sociodemográficos como género, edad, país de origen, o nivel de estudios de los padres.

Las pruebas se contestarán durante un tiempo aproximado de 30 minutos en el aula del alumno durante su hora de tutoría.

3) POSIBLES BENEFICIOS

Al participar en el estudio, los alumnos entrarán en un sorteo para poder obtener entradas para el teatro o el cine.

Los centros que participen tendrán derecho a una pequeña formación sobre el bullying o acoso entre iguales para familiares y para el profesorado.

Además, esta investigación contribuirá a conocer mejor la asociación entre el bullying y el bienestar de los adolescentes y ayudará al diseño de tratamientos que mejorarán la prevención, la detección y el tratamiento del acoso entre iguales.

4) POSIBLES INCOMODIDADES Y/O RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO

No hay ninguna incomodidad relevante para la participación en el estudio. En algún caso, contestar los cuestionarios puede resultar cansado y los participantes podrán abandonar la participación en el estudio en el momento que lo deseen.

5) PREGUNTAS E INFORMACIÓN:

Para aclarar posibles dudas en relación al estudio, se celebrará una reunión con los padres el próximo día... a las...

Además, podrán ponerse en contacto con Juan Múzquiz Herrero, colaborador en el proyecto de investigación en el teléfono 606219252 o escribir a jmuzquiz@madridsur.uned.es.

6) PROTECCIÓN DE DATOS:

Este proyecto requiere la utilización y manejo de datos de carácter personal que, en todo caso, serán tratados con las exigencias requeridas por la legislación de protección de datos en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de derechos digitales y del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, garantizando la confidencialidad de los mismos.

Los datos serán anonimizados desde el primer momento. Se recogerán en papel y serán custodiados bajo llave. Posteriormente serán introducidos en una base de datos electrónica correctamente anonimizados y asegurando que sea imposible identificar a ninguno de los participantes. Los cuestionarios en papel serán entonces destruidos.

La responsable del fichero será la catedrática Ana María Pérez García. El investigador colaborador, Juan Múzquiz Herrero, ha firmado un documento donde también se comprometen a la custodia segura de todos los datos.

La participación en este proyecto de investigación es voluntaria y el sujeto puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que se le pueda exigir ningún tipo de explicación ni prestación.

Y para que conste por escrito a efectos de información de los participantes y/o de sus representantes legales, se formula y entrega la presente hoja informativa.

En Madrid, a 19 de junio de 2020

Nombre y firma de la Investigadora principal

Ana María Pérez García

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD ENTRE 12 Y 15 AÑOS

D./D^a.....

en calidad de (padres/representantes legales del menor)

.....

(Indicar nombre completo y apellidos)

He/hemos leído la hoja de información que se me/nos ha entregado, copia de la cual figura en el reverso de este documento, y la he/hemos comprendido en todos sus términos.

He/hemos sido suficientemente informado/s y he/hemos podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicados en el proyecto de investigación "Autocompasión y autoestima como variables relevantes en el estudio del bienestar y el bullying en los adolescentes" que ha sido autorizado por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNED

y para el que se ha pedido la colaboración de mi/nuestro..... (hijo, pupilo o representado)
.....

Comprendo/comprendemos que la participación es voluntaria y que el menor en cuya representación actúo/actuamos puede retirarse del mismo

- cuando quiera;
- sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y
- sin ningún tipo de repercusión negativa.

Consultado el menor no ha manifestado oposición a participar en este proyecto de investigación.

Por todo lo cual, PRESTO/PRESTAMOS EL CONSENTIMIENTO para la participación en el proyecto de investigación al que este documento hace referencia y para que los datos de carácter personal del menor sean tratados, según la normativa vigente y la política de protección de datos de la UNED⁶, para el uso exclusivo en este proyecto⁷.

En a de de

Fdo.

*El documento debe ser firmado por los progenitores que cuenten con la patria potestad del menor.

⁶ <https://www.uned.es/universidad/inicio/institucional/proteccion-datos.html>

⁷ De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de derechos digitales y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de Abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, el/la Investigador Principal del proyecto manifiesta que los datos personales incorporados en el presente formulario, los recabados en la relación del proyecto de investigación, así como aquellos otros conexos que pudieran ser obtenidos, se incorporarán y tratarán en un fichero automatizado de datos de carácter personal para su uso dentro del Proyecto, con la base legal del previo consentimiento expreso y para la finalidad investigadora del mismo.

Los datos tratados no serán cedidos salvo previa petición y en los casos previstos legalmente, y se conservarán durante el tiempo legalmente establecido y el necesario para cumplir con estos fines.

Las personas legitimadas para ello podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición reconocidos en dicha normativa acreditando fehacientemente su identidad aportando copia de su Documento Nacional de Identidad o documento equivalente.

Contacto IP, responsable del proyecto: aperez@psi.uned.es

Más información sobre la Política de Protección de Datos de la UNED:
<https://www.uned.es/universidad/inicio/institucional/proteccion-datos.html>

Anexo 11. Instrucciones para el profesorado

En este proyecto se va a investigar sobre el clima escolar y cómo influyen las características de los alumnos y del entorno sobre el mismo. A los alumnos no se les debe mencionar el objetivo del estudio, basta con decirles que es para una investigación de la universidad y que más adelante se les informará de para qué ha servido.

Procedimiento

1. Se **coloca la clase para examen**, es decir, con columnas individuales definidas claramente. Conviene evitar distribuciones en las que no se sabe muy bien si un alumno pertenece a una columna o a otra.
2. **A cada alumno se le entrega una copia del test** (consta de 10 páginas cada una) y **una copia de la lista** de su clase. **El orden de entrega de las pruebas es de gran importancia. Este punto se explica más adelante.**
3. Antes de resolver ninguna duda, **se les pide a los alumnos que lean las instrucciones detenidamente**. Se remarca la **importancia de que recuerden su número de sujeto** (aparece arriba a la derecha); pueden apuntarlo en la agenda o en cualquier otro lugar. El número es importante para que ellos puedan ganar el premio del sorteo. También es fundamental que lo recuerden porque, en el caso de que alguno de los padres quiera retirar al alumno de la investigación, lo podremos hacer fácilmente. **También se recuerda que NO deben poner el nombre.**
4. Se les explica que **la lista es para completar un ejercicio que aparece más adelante**. Cuando lleguen al ejercicio **Compañeros de clase**, entenderán para qué es. **Hay que recordarles que en ese ejercicio pongan el número de lista y NO el nombre de los compañeros de clase.**
5. Lógicamente se les pide a los alumnos que guarden silencio y que en caso de que tengan alguna duda, levanten la mano para que se acerque el profesor. **No conviene que las preguntas se resuelvan en alto porque influye sobre las respuestas de los alumnos.**

Trabajo a realizar por el/la profesor/a

El/la profesor/a realiza las siguientes funciones durante la realización de la prueba:

1. Organizar y vigilar la clase de manera similar a la realización de un examen.
2. Aclarar las dudas de vocabulario/expresiones que tengan los alumnos.
3. **Realizar discretamente un mapa de la clase con los alumnos**. Para ello, **es necesario repartir las pruebas en un orden determinado**: comenzando por el principio de la columna (es decir la mesa la más cercana a la mesa del profesor) y terminando al final de la columna (la mesa más alejada a la mesa del profesor). Por ejemplo, si la numeración comenzará en 3001, se repartiría 3001, 3002, 3003, 3004 y 3005 en la primera columna. A continuación se comenzaría con la siguiente columna por la mesa más cercana al profesor y se iría hacia atrás: 3006, 3007, 3008... **Se muestra un ejemplo de cómo sería la numeración en la siguiente página**. Una vez se ha organizado la clase y se han repartido las copias, el profesor anota en la hoja modelo que se adjunta al final de este documento, dentro de los cuadros, los nombres y el primer apellido de los alumnos. Sobre la hoja modelo se pueden hacer anotaciones manuales o añadir y quitar espacios, **lo importante es que los números de sujeto se correspondan con los nombres de los alumnos**. Se pueden hacer discretas comprobaciones mientras los alumnos realizan las pruebas.

Mesa del profesor/a

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5
3001	3006	3011	3016	3021
3002	3007	3012	3017	3022
3003	3008	3013	3018	3023
3004	3009	3014	3019	3024
3005	3010	3015	3020	3025

Problemas habituales

Las pruebas que se van a pasar están adaptadas a la edad de los sujetos y han sido testadas con alumnos de la misma edad en otros centros. Sin embargo, pueden surgir algunas dudas que procedo a aclarar:

- Al principio puede haber resoplidos o a algunos alumnos les puede parecer una prueba muy larga. Las 3 primeras hojas resultan más densas que las últimas. Esto se les puede comentar si algún alumno parece más desmotivado.

- **Hoja 2: ¿Cómo actúo habitualmente hacia mí mismo en momentos difíciles?** Algunos alumnos tienen alguna duda puntual sobre el significado o les parece que hay preguntas que se repiten. No tiene mayor importancia. Se les pide que, por favor, continúen o se les aclara la duda que puedan tener.

- **Hoja 3: Cuestionario PANASN.** Algunos alumnos encuentran difícil responder y comentan que depende de la situación. Se les puede guiar aconsejándoles que piensen sobre el momento actual o cómo se han sentido las dos últimas semanas.

- **Hoja 3: Clima escolar.** Hay ítems que pueden parecer exagerados pero la investigación se lleva a cabo en muchos centros y conviene incluirlos.

- **Hoja 6: Familia.** Si los padres viven con sus padres o con uno de sus padres o con padres divorciados pueden responder directamente en el cuadro. La frase “vivo con: _____” es simplemente para aquellos que viven con sus abuelos, con otro familiar o con un tutor.

- **Hoja 7: Compañeros de clase.**

- Algunos alumnos contestan con los nombres de los compañeros. Es necesario recordarles que se debe completar con el número de clase y que pueden mencionar tantos compañeros como quieran. Si consideran que la respuesta es nadie, entonces que escriban nadie. **Esta aclaración debe hacerse en privado con cada alumno**, de lo contrario hay alumnos que se relajan y dejan demasiados espacios en blanco.
- En la pregunta 4, amigos se refiere a amigos de verdad. No sólo a compañeros con los que se llevan bien.

- Si consideran que hay alguna respuesta en la que son todos los alumnos de la clase (pregunta 1), pueden elegir los 5 con los que más les gusta sentarse.

- Hoja 10. CD

- En los estudios que tienen intención de terminar, basta con que marquen el de la más alta calificación que pretenden terminar. Es decir, si quieren completar la carrera universitaria, basta con que marquen carrera universitaria, no siendo necesario completar también graduado y bachillerato.
- Si no saben o no se acuerdan de algún dato sobre sus padres no tiene importancia, pueden dejarlo en blanco.

Por último, me gustaría agradecer verdaderamente tu participación en el proyecto. Creo que los resultados de esta investigación pueden ayudar a entender mejor algunos de factores que influyen en la violencia y en el clima escolar. Conociendo mejor estos factores, podemos desarrollar programas que mejoren el clima escolar.

Hoja con el mapa a realizar por el profesor/a.

MESA DEL PROFESOR/ PROFESORA

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6

Anexo 122. Carta de aceptación del artículo científico “Autoestima, autocompasión y afecto positivo y negativo en víctimas y agresores de bullying: Un estudio comparativo con medidas autoinformadas e informadas por pares”



Director:
BONIFACIO SANDÍN
Universidad Nacional de Educación a Distancia

CERTIFICADO

Bonifacio Sandín Ferrero, Catedrático de Psicopatología y Director de la revista *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, revista oficial de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología,

CERTIFICA

Que el manuscrito titulado “**Autoestima, autocompasión y afecto positivo y negativo en víctimas y agresores de bullying: Un estudio comparativo con medias autoinformadas e informadas por pares**”, cuyos autores son: **Juan Múzquiz, Ana M. Pérez-García y José Bermúdez**, ha sido aceptado para su publicación.

El manuscrito será publicado como artículo regular en el Vol. 26, Nº 1 (abril 2021) de la revista.

Y para que así conste, firma el presente certificado en Madrid, a 26 de octubre de 2020.

Atentamente,

SANDÍN FERRERO Firmado digitalmente por
BONIFACIO - DNI BONIFACIO - DNI 11686628Y
11686628Y Firma: 2020.10.26 22:29:51
+01:00

Prof. Bonifacio Sandín
Director

Journal of Psychopathology and Clinical Psychology / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica

<http://www.aepccp.net/rppc.php?id=63&lang=es>

<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC>