



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**La función protectora de la autocompasión en la
sintomatología depresiva en adolescentes.**

Autora: María Díez Chacón

Directora: Dra. Mónica Torres Ruiz-Huera

Madrid

2022/2023

RESUMEN

Este trabajo se enfoca en el papel que juega la autocompasión como factor protector de la sintomatología depresiva en la adolescencia. La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales significativos. Durante este periodo, debido a los desafíos que se experimentan, existe una mayor vulnerabilidad a desarrollar depresión o elevada sintomatología depresiva. La autocompasión ha resultado ser beneficiosa a la hora de mediar el efecto de la depresión en población adulta. En este estudio se busca comprobar si los efectos también pueden apreciarse en los y las adolescentes. Los resultados de la revisión indican que existe una relación inversa significativa entre la autocompasión y la sintomatología depresiva en la adolescencia, es decir, a medida que aumenta la autocompasión, disminuyen los síntomas depresivos, sugiriendo que la autocompasión pueda ser un factor de protección. Además, se destaca la importancia de fomentar esta habilidad en los adolescentes como una estrategia preventiva y terapéutica para la depresión.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, adolescencia, depresión, sintomatología depresiva, autocompasión, protección.

ABSTRACT

This paper focuses on the role of self-compassion as a protective factor of depressive symptomatology in adolescence. Adolescence is a transitional stage between childhood and adulthood, characterized by significant physical, psychological, and social changes. During this stage, due to the challenges experienced, there is a greater vulnerability to develop depression or elevated depressive symptomatology. Self-compassion has proved to be beneficial in mediating the effect of depression in the adult population. This study seeks to test whether the effects can also be seen in adolescents. The results of the review indicate that there is an inversely significant relationship between self-compassion and depressive symptoms in adolescence, i.e., as self-compassion increases, depressive symptoms decrease, suggesting that self-compassion may be a protective factor. Furthermore, the importance of fostering this skill in adolescents as a preventive and therapeutic strategy for depression is highlighted.

KEY WORDS: adolescents, adolescence, depression, depressive symptoms, self-compassion, protection.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:	5
La realidad actual	5
Sintomatología depresiva en la adolescencia	7
¿Qué es la compasión y la autocompasión? ¿Qué diferencia tiene con otros términos?.....	8
¿Por qué utilizar la autocompasión como factor protector?	10
MÉTODO	11
Estrategias de búsqueda:	11
Criterios de selección en la búsqueda de información.....	11
RESULTADOS.....	12
Análisis de la relación entre la autocompasión y los síntomas depresivos	12
El impacto de las intervenciones en autocompasión.....	13
Diferencias de edad y género	15
Resistencias a la autocompasión	16
Recomendaciones para el futuro	18
DISCUSIÓN.....	20
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS	25

INTRODUCCIÓN:

La realidad actual

La adolescencia es la etapa que se encuentra entre la niñez y la edad adulta. Durante ese periodo se experimentan muchas alteraciones al mismo tiempo: cambios emocionales, sociales, psicológicos y físicos (Salmerón y Casas, 2013). Los adolescentes se encuentran en la frontera de dos grupos sin pertenecer a ninguno, ni al grupo de niños ni al grupo de adultos. Se encuentran en una constante búsqueda de su propia identidad, pasan de basar su vida y de depender de los lazos familiares a centrarse en las relaciones íntimas y de amistad, y al deseo de pertenecer a un grupo de pares (Serapio, 2006). Durante esta etapa se está generando un nuevo “constructo del yo”, donde se asimilan los nuevos aspectos cognitivos, sociales, físicos y afectivos de la persona. Una de las dimensiones que más se ve afectada es la autoestima y el autoconcepto. Esta se mantiene o se modifica en base de cómo sea recibido al interactuar con el entorno y es decisiva para el bienestar del adolescente (Fernández y Ponce de León, 2011).

Asimismo, los expertos clasifican la adolescencia en tres grupos. Por un lado, se encuentra la adolescencia temprana que comprende desde los 10 hasta los 14 años. Más adelante se realiza la transición a la adolescencia media, que es de los 15 a los 17 años; y para terminar tenemos la más cuestionada, la adolescencia tardía, que comprende a las personas de 18 a 21 años. En esta última fase los procesos de cambio ya han sucedido y la persona está preparada para empezar a asumir roles de la vida adulta. Aquí las identidades personales se encuentran más conformadas y estables y aunque también se experimentan crisis personales, estas se centran en el futuro (Sánchez, 2020). Por la “estabilidad” que presenta ante las otras etapas de la adolescencia, hemos decidido no incluirla y centrarnos en los síntomas depresivos de adolescentes entre 10 y 18 años.

El adolescente se está exponiendo continuamente a riesgos negativos, generados por la influencia de los medios de comunicación, nuestro ritmo de vida acelerado y la propia sociedad donde vivimos (Castro y Rodríguez, 2016). Nuestro modelo actual se

centra en el “hacer” más que en el “ser”. En el fondo, se trata de buscar paliar el sufrimiento con las cosas que conseguimos y que tenemos. Estamos siendo guiados por la consigna de “si posees más, serás más” (Gil, 2018). Nos resulta difícil detenernos y volver hacia dentro, hacia el “ser”. Como consecuencia, nos encontramos con un vacío interno difícil de satisfacer. Este vacío y este modelo de sociedad afecta especialmente a los jóvenes, que sufren directamente las consecuencias.

Según el Estudio de Carga Global de Enfermedad de la Universidad de Washington, en 2021 la prevalencia de problemas de salud mental en adolescentes españoles de entre 10-19 años era de un 20,8%. Este dato resulta muy alarmante debido a que este índice se encuentra por encima de la media europea (16,3%) y más aun de la media global (13,2%). Además, es importante señalar, no solo el hecho de que el número de casos va en aumento, sino que las situaciones con las que se encuentran los profesionales de la salud son cada vez más graves y se dan de forma más prematura.

Por otro lado, hay un factor muy importante que afecta especialmente a este colectivo: la tecnología. Un estudio llevado a cabo por UNICEF España y la Universidad de Santiago concluyó que de los 40.000 adolescentes que participaron, un 15% presentaba síntomas graves o considerablemente graves de depresión. Y además con respecto a la edad, estos síntomas se incrementaban entre los de mayor edad ya que alcanzaban un 18,7% versus el 12,6% que se encontraba entre los jóvenes de 11-13 años (Andrade et al., 2021).

Esta valoración nos hace cuestionarnos el origen y la razón del creciente malestar en los adolescentes. Hay varios factores estructurales que pueden estar influyendo como el aumento del individualismo y la atomización social. El término “atomización social” proviene de una teoría sociológica que lo define como "la tendencia de la sociedad a estar formada por una colección de individuos auto-interesados y en gran parte autosuficientes, operando como átomos separados" (Heywood, 2011). El desarraigo, la hipermovilidad, la desvinculación social y comunitaria y el aumento de los encuentros interpersonales únicamente en el ciberespacio contribuyen a esa atomización (Duerto, 2021). Todo esto crea unos niños y niñas que necesitan ser sobre capacitados y competitivos para garantizar su supervivencia. También, se encuentran con más elementos estresantes como la sensación de incertidumbre, la “idea de un futuro robado” debido a la pandemia, la crisis climática y una desubicación colectiva. Esta desubicación genera mucho estrés y

angustia, y con frecuencia aumenta debido a la diferencia entre los mensajes que reciben del contexto escolar o la familia y lo que reciben a través de las redes sociales, las películas y los medios (DIRDIRA, 2022).

1.1 Sintomatología depresiva en la adolescencia

Como ya hemos mencionado, en la adolescencia se dan numerosos cambios en todas las áreas de la persona, y en muchas ocasiones los y las adolescentes no entienden ni interpretan correctamente lo que les está pasando, o lo asocian a aspectos de su edad, sin vincularlo con la posible presencia del trastorno emocional (Voltas y Canals, 2018). Además, la interpretación de los cambios en el estado de ánimo se achaca a los cambios hormonales de la etapa, resultando en un infra diagnóstico de la depresión (García, 2009).

De hecho, ocurre frecuentemente que síntomas como la tristeza, problemas para dormir o la falta de autoestima, se solapan o se enmascaren por un consumo de sustancias, una conducta desobediente o discusiones. Además también es muy característico el síntoma de la irritabilidad o agresividad, que no se suele relacionar con la depresión, pero que también es uno de sus síntomas principales (Falcato et al., 2017).

Es importante señalar que no en todas las etapas los síntomas de la depresión son los mismos. En los niños y niñas prepuberales es más común que se presenten las quejas somáticas, la irritabilidad o rabietas respecto a normas, y un afecto reactivo. Sin embargo, en la adolescencia se mantiene el afecto reactivo y las quejas somáticas, pero la irritabilidad se asocia a la tolerancia a la frustración, manifestándose en conductas más agresivas o protestas. Además, se altera el apetito (aumenta o disminuye), presentan hipersomnias y una alta sensibilidad al rechazo de los demás (Rey et al., 2017).

Por otro lado, al igual que con los síntomas depresivos en adultos, el género y la edad parecen jugar un papel importante en la expresión fenotípica. Con respecto al género, la proporción de niños y niñas con depresión es aproximadamente la misma hasta los 12 años. A partir de esa edad la relación se vuelve 2:1, con mayor incidencia en las niñas (Fonseca-Pedrero et al., 2011). Esto se puede explicar en parte porque las mujeres están expuestas a una presión o estrés social significativamente mayor que los hombres y son más reactivas y sensibles a este (Hankin et al., 2015).

Además, según un estudio de García et al. (2019), otras investigaciones muestran que las adolescentes experimentan más factores estresantes, especialmente aquellos de naturaleza interpersonal, mientras que los hombres presentan una mayor sensibilidad a factores externos más orientados al trabajo y al éxito profesional y personal. Para las mujeres, esos factores estresantes desencadenan estilos cognitivamente sensibles que les hacen correr un riesgo más alto de desarrollar depresión (Calvete, 2011).

Aun así, cabe mencionar que aunque los trastornos depresivos son más comunes en las mujeres, sus efectos pueden ser más severos para los hombres. Entre otras cosas, se debe considerar que estigmatizar la depresión entre los hombres puede conducir a intentos de ocultar o disfrazar los síntomas a través de conductas de riesgo, como la participación en actividades violentas, la fuerza, la imprudencia o los intentos de suicidio (Maris, 2002).

2. ¿Qué es la compasión y la autocompasión? ¿Qué diferencia tiene con otros términos?

La compasión procede del término latín “compati”, que significa “sufrir con” (Strauss et al., 2016). Más concretamente, la compasión posee dos elementos fundamentales que la diferencian de otros términos: (1) conmoverse por el malestar y (2) tener un deseo, una motivación para aliviarlo (Germer y Simón, 2011). Es importante mencionar que la compasión no es estática y se desarrolla en un contexto de interacción social que puede ser dirigida o bien desde ti mismo a otros, desde otros hacia ti, o desde ti mismo a ti mismo (más conocido como autocompasión, término que veremos más adelante) (Gilbert, 2014). Mascaro et al. (2020) complementan la definición añadiendo un tercer elemento: querer promover el bienestar de la persona. Es importante recalcar que es crucial que todos los elementos estén presentes, ya que si no se puede confundir con otros muchos términos. Desde una perspectiva más evolutiva, Gilbert (2009) propuso y argumentó que la compasión nace de nuestra capacidad biológica de sensibilidad, empatía, simpatía, motivación, tolerancia al estrés y el no juicio. Estos son los seis atributos de la compasión, pero en muchas ocasiones se confunden entre ellos o se solapan.

La empatía ocurre cuando recibimos el mundo de otra persona como el nuestro propio (Rogers, 1961). Incluye un sentimiento de sentir por el otro y para adquirirlo se genera un “contagio emocional” (Svenaeus, 2014). Nosotros mismos pasamos a ser un "espejo" de cómo se siente la otra persona: feliz, triste o confundida, por ejemplo. A diferencia de la compasión, únicamente se pone en los pies del otro y percibimos su dolor, pero no aborda aliviarlo ni mejorarlo.

En cambio, la simpatía proviene del griego y significa comunidad de sentimientos (sin-pathos). La persona ya no es un espejo del mundo del otro, pero sí que muestra preocupación por su sufrimiento (Elices, et al., 2017). Se debe de entender como la fuerza de propulsión del proceso empático, pero no es su contenido (Svenaeus, 2014). En este caso se añade algo de interpretación personal y no se genera un reflejo fiel de las vivencias del otro (Germer y Simón, 2011).

Por otro lado, la lástima sí que se parece a la compasión, con la gran diferencia de la presencia consciente o inconsciente de un sentimiento de superioridad sobre la persona que sufre (Germer y Simón, 2011). Es parecido además a la simpatía, pero el sentimiento es menos profundo.

Por último, la piedad está tintada por un aspecto más religioso. Interviene un “tercer invitado”, quizás Dios, que considera lo que hacemos para aprobarlo y quizás lo premia (Carrió, 2018).

Como ya hemos mencionado, la compasión puede ir dirigida tanto a nuestros seres queridos, amigos o incluso a personas extrañas. Cuando esta se centra en uno mismo, se denomina autocompasión (Jazaieri et al., 2013). Este término es reciente y Neff (2003b) nos da una visión más completa cuando dice que, la autocompasión consiste en estar abierto y dejarse llevar por el propio sufrimiento, pero también en experimentar sentimientos de cariño y cuidado hacia uno mismo. Es importante recalcar que incluye una actitud de no juicio o crítica hacia uno mismo y reconocer nuestros propios errores o fallos como parte de la experiencia humana común (Muris et.al., 2015).

Asimismo, estudios posteriores revelaron que la autocompasión se compone de seis elementos básicos: (1) bondad hacia uno mismo, referido a tener una actitud

comprensiva y cuidadosa con uno mismo a la hora de enfrentarse a las dificultades; (2) humanidad común, que trata de reconocer que todas esas dificultades y problemas que tenemos son comunes y forman parte de nuestra vida; y (3) conciencia plena, refiriéndose a la habilidad que nos permite no quedarnos absorbidos por las emociones negativas que acompañan los problemas y dificultades y poder alcanzar un equilibrio saludable entre lo que va bien y lo que va mal. Los tres elementos restantes son indicadores negativos, y en su esencia son la otra cara de los elementos ya mencionados: (4) auto juicio, (5) aislamiento y (6) sobre identificación (Neff, 2003a).

2.1 ¿Por qué utilizar la autocompasión como factor protector?

A pesar de que desde la antigüedad existen muchos escritos espirituales y filosóficos sobre el valor de la compasión como un antídoto para aliviar el sufrimiento, no ha sido hasta hace muy poco que se ha llevado a cabo una investigación a nivel psicológico, neurológico y social sobre los efectos de la compasión y su entrenamiento (Gilbert, 2020). A esto lo ha acompañado un desarrollo de programas de entrenamiento de compasión (Jazaieri et al., 2013), y la instrucción de la compasión para manejar problemas de salud mental (Germer y Siegel, 2012; Gilbert, 2017).

Desde 2010 se comenzó a investigar más a gran escala sobre la relación inversa entre la autocompasión con los síntomas depresivos y varios estudios confirman su existencia (Macbeth y Gumley, 2012). Sin embargo, la mayoría de esos estudios utilizaron población adulta o estudiantes de universidad. No se puede generalizar los modelos hallados, ya que los adolescentes presentan diferencias cognitivas, emocionales y conductuales distintas (Stolow et al., 2016). Por ello, este trabajo trata de recopilar literatura que confirme o desmienta si la autocompasión también posee una función protectora en la sintomatología depresiva en adolescentes.

Además, el desarrollo y las trayectorias de la compasión desde la adolescencia hasta la edad adulta no se han estudiado exhaustivamente (Kirby, 2017). Si que se conoce que la compasión en su apreciación más básica es algo propio y constitutivo de los mamíferos, pero aún así requiere una educación y una socialización para que se practique en su máximo esplendor (Roeser y Eccles, 2015). Se comienza a vislumbrar conductas de compasión con infantes de hasta tres meses de edad (Hamlin et al., 2011).

Más adelante, en la infancia, el comportamiento prosocial gradualmente se vuelve menos selectivo y pasa de centrarse únicamente en las personas cercanas a generalizarlo a otras (Bloom & Wynn, 2016).

Aunque la compasión se encuentra presente desde el inicio de nuestras vidas, es importante potenciar su desarrollo a edad temprana para consolidarse en la adolescencia como un recurso personal que les ayude a sobrellevar los retos y cambios que les depara esta etapa.

MÉTODO

1. Estrategias de búsqueda:

Para realizar este estudio, se realizó una revisión de artículos de investigación sobre la temática de factores de protección y de bienestar de los adolescentes. La búsqueda de esta documentación se realizó en las bases de datos de PubMed, Scopus y Google Académico. Se han seleccionado principalmente artículos científicos y revistas digitales que tratan el tema de interés.

2. Criterios de selección en la búsqueda de información

Se seleccionaron los artículos con palabras clave específicas relacionadas con el tema de investigación, como "autocompasión", "depresión", "síntomas depresivos", "adolescentes", "efecto mediador" "programas" o "intervenciones". Los artículos seleccionados debían de tener un diseño de investigación sólido y riguroso, como un ensayo clínico controlado aleatorizado, un estudio de cohorte o un estudio transversal. Además, se escogieron los estudios dónde los autores miden la autocompasión con la escala SCS (Self-Compassion Scale) de Neff (2003b), o sus distintas variantes.

RESULTADOS

Análisis de la relación entre la autocompasión y los síntomas depresivos

Según Neff (2003a), la autocompasión es "una estrategia útil de regulación de las emociones cuando no se reconoce el dolor o los sentimientos dolorosos" (pág. 225). En lugar de evitar la comparación social o compensar en exceso los sentimientos negativos sobre uno mismo intentando alcanzar un estatus social más alto, desarrollar la autocompasión puede ayudar a las personas a aceptar sus errores y fracasos incondicionalmente.

Hay numerosos estudios donde encuentran una relación no causal, pero significativa, entre los síntomas depresivos en adolescentes y la autocompasión. Por ejemplo, en 2015 Zeller et al. realizaron un estudio donde encontraron que la compasión no solo es un mediador, sino que también es un predictor de síntomas depresivos en el futuro. Altos niveles de compasión predijeron síntomas de depresión disminuidos en periodos diferentes (cuatro semanas, tres y seis meses). Además Stolow et al. (2016) demostraron que una alta puntuación en los aspectos positivos de la escala SCS (bondad hacia uno mismo, humanidad común y mindfulness/atención plena) predijeron el descenso de los síntomas depresivos en los tres meses siguientes de seguimiento, mientras que los aspectos negativos (auto juicio, aislamiento y sobre identificación) no lo hicieron.

Asimismo, relacionado con otras variables, un estudio de Ferrari et al. (2018), demostró cómo la autocompasión puede amortiguar los efectos del perfeccionismo inadaptado y su relación con la depresión. Ni los adultos ni los adolescentes con altos niveles de autocompasión se vieron afectados por el perfeccionismo desadaptativo en la misma medida que sus compañeros con baja autocompasión.

Incluso en casos recurrentes también la autocompasión tiene un efecto positivo. Un estudio de Bakker et al, (2019) halló que la autocompasión tiene un rol mediador con las personas con síntomas depresivos persistentes. Además, descubrieron que altos niveles de autocompasión pueden reducir la tendencia al pensamiento repetitivo y la

autocrítica que surge de la rumiación depresiva. También indica que los altos niveles de autocompasión pueden estar asociados con una mayor capacidad de darle un nuevo significado emocional a las cosas que les suceden.

En Australia, Callow et al. (2021) llevaron un estudio con una muestra de 392 estudiantes universitarios sobre la relación de la vergüenza externa con la ansiedad y la depresión y cómo la autocompasión es una variante reguladora. Comprobaron que bajos niveles de depresión y ansiedad están relacionados con altos niveles de autocompasión. Además, los autores afirman que para el futuro uno de los objetivos que se deben plantear en las intervenciones de regulación emocional debe ser entrenar y fomentar la autocompasión.

El impacto de las intervenciones en autocompasión

Se ha podido comprobar la existencia de estudios que han demostrado la eficacia de ciertas intervenciones de compasión (CFT (terapia centrada en la compasión) y MSC (autocompasión consciente)) en la depresión y la ansiedad, pero la eficacia solo se evaluó en personas adultas (Egan et al., 2022).

En los últimos años se han desarrollado varias intervenciones en autocompasión para adolescentes y una que es especialmente prometedora en sus resultados es “Making Friends with Yourself: A Mindful Self-Compassion program” (Bluth et al., 2016). Esta intervención es una adaptación de un curso de “Mindful Self-Compassion” para adultos diseñado en 2013 por Neff y Germer. Se realizan sesiones de hora y media una vez por semana, durante ocho semanas y tratan diferentes temas. Por ejemplo, comienzan con una introducción sobre la autocompasión y la atención plena y en la cuarta sesión ya desarrollan ejercicios y meditaciones para trabajar más específicamente la autocompasión. Además de esto, a lo largo de los cuatro meses se desarrolla y trabaja en sesiones el sentimiento de vivir profundamente, trabajar con emociones difíciles, tener una atención más consciente y adoptar una actitud más agradecida ante la vida (Bluth y Eisenlohr-Moul, 2017).

En una revisión de Egan et al. (2022) recabaron evidencias de que los síntomas de depresión y ansiedad disminuían entre los jóvenes de 14-24 años con una intervención específica en autocompasión. Es importante destacar que las intervenciones debían de ser de un mínimo de 4 sesiones para ser efectivas ya que

intervenciones en mindfulness de menos duración (2 sesiones) no dieron resultados. De hecho, en el estudio de Ferrari et al. (2018), descubrieron que las intervenciones de autocompasión pueden complementar o incluso reemplazar las intervenciones diseñadas para alentar a las personas a transformar las cogniciones desadaptativas (p. ej., "No da miedo cometer errores, me ayuda a aprender").

Sin embargo, existen algunas investigaciones dónde no se dio una disminución significativa de la depresión o la ansiedad antes versus después de una intervención. En un estudio de Bluth y Eisenlohr-Moul, (2017) sobre una intervención de mindfulness y autocompasión de 6 semanas sucedió esto. Es cierto que percibieron pequeños, pero significativos efectos con respecto a la depresión, pero estos luego se desvanecieron en el seguimiento. Los investigadores hipotizaron que una de las causas de estos resultados se podía deber a la brevedad de la intervención, puesto que los y las adolescentes necesitan una "dosis" más prolongada de estos programas para poder desarrollar correctamente sus herramientas internas y que el beneficio se mantenga en el tiempo. Además, una sesión de entrenamiento de compasión cognitiva (CBCT) de 6 semanas en jóvenes en riesgo que habían experimentado violencia informó ganancias cualitativas y el mayor uso de estrategias en la vida diaria. Sin embargo, no se encontraron diferencias en comparación con el grupo de control en todas las medidas estandarizadas de autoinforme, incluidos los síntomas de ansiedad y depresión o la regulación emocional (Reddy et al., 2013).

Por otro lado, también se ven mejoras en los niveles de autocompasión de los participantes incluso en los programas cuyo objetivo principal no es entrenar la autocompasión. Por ejemplo, en 2019 se realizó un estudio piloto por profesores de la universidad de Deuston sobre cómo la efectividad de un programa de mindfulness (llamado "aprendiendo a respirar"), repercutía en los y las adolescentes en la transición a la vida universitaria. Contaban con una muestra de 114 estudiantes y realizaron un ensayo controlado aleatorizado, observando que el programa puede llegar a ser una buena medida preventiva frente a dificultades psicológicas como la depresión o ansiedad. Además, encontraron que la autocompasión era una variable mediadora con la depresión, y la autoconciencia lo era con la ansiedad (Zumalde et al, 2019).

Diferencias de edad y género

Las diferencias de género en la autocompasión se han analizado exhaustivamente y se ha encontrado que los varones tienden a puntuar más alto que las mujeres (Yarnell et al., 2015). Las razones de este resultado son desconocidas, pero Yarnelle et al. sugieren que esto puede ocurrir debido a que las mujeres son más críticas consigo mismas y utilizan más el diálogo interno negativo.

Existen otros estudios como el de Lathren et al. (2019) donde observaron que el efecto moderador de la autocompasión no difiere de género cuando se modula la relación del estrés percibido y los síntomas depresivos. Sin embargo, sí fue significativa una interacción triple entre la autocompasión, el estrés percibido y el género. El efecto moderador de la autocompasión sobre la asociación entre el estrés percibido y la ansiedad fue ligeramente más fuerte para los hombres que para las mujeres.

Por otro lado, Bluth et al (2017), realizaron un estudio con una muestra de alrededor de 15.000 adolescentes de Estados Unidos y concluyeron que existían diferencias de autocompasión en función al género. En el caso de las mujeres, el aumento de edad está significativamente relacionado con unos niveles más bajos de auto-compasión, mientras que en los hombres los niveles de autocompasión se mantienen estables.

Rudolph y Flynn (2009) detectaron que los adolescentes con alta autocompasión presentaban pocos o bajos síntomas depresivos, sin importar su edad. Sin embargo, las personas con niveles bajos o moderados de autocompasión presentaban síntomas depresivos más graves en función de su aumento de edad. Esto pone en evidencia la función protectora que está ejerciendo la autocompasión.

En un estudio de 2015, de Bluth y Blanton, concluyeron que hasta la educación primaria no existen diferencias significativas en los niveles de autocompasión, pero que a partir del instituto comienza a producirse discrepancia. Con respecto al género, no existen diferencias en la escala de SCS dentro de los aspectos positivos (bondad hacia uno mismo, humanidad común y atención plena), pero en la parte negativa (juicio a sí mismas, aislamiento y sobre identificación) las adolescentes puntuaban significativamente más alto que los varones. Incluso dentro del grupo de las mujeres se percibió un cambio

en función de la edad y la etapa escolar en la que se encontraban. Las adolescentes en el instituto puntuaban significativamente más bajo en autocompasión y más alto en los valores negativos de la subescala SCS que las niñas de primaria. En cambio, en el caso de los hombres, solo se encontró que los adolescentes en el instituto tenían el índice de humanidad común significativamente más alto que los de primaria.

Otro estudio analizó las opiniones de 256 adolescentes sobre la compasión por sí mismos, los demás y el medio ambiente (Bengtsson et al., 2016). En concreto, participaron en este niños y niñas de 12, 13 y 14 años. Sus resultados muestran que todas las formas de compasión disminuyen con la edad, y que las niñas muestran más compasión por los demás y el medio ambiente que los niños. Sin embargo, presentan niveles más bajos de autocompasión que los varones. Los autores plantearon la hipótesis de que una reducción de la autocompasión se asoció con percepciones negativas en niñas de 13 y 14 años.

Por lo tanto, aunque la compasión se encuentra presente desde el inicio de nuestras vidas, es importante potenciar su desarrollo a edad temprana para consolidarse en la adolescencia como un recurso personal que les ayude a sobrellevar los retos y cambios que les depara esta etapa.

Resistencias a la autocompasión

Por lo tanto, si los beneficios de estas intervenciones están altamente respaldados, ¿por qué no se llevan a cabo más a menudo?

La investigación ha encontrado que a pesar de todos sus beneficios, las personas suelen tener miedos, resistencias y bloqueos a la hora de tratar la compasión. Por ejemplo, en un estudio de Gilbert et al. (2011), hallaron que un grupo de estudiantes de pregrado tenían dificultad para desarrollar la autocompasión porque pensaban que si se volvían más autocompasivos se iban a convertir en personas frágiles y vulnerables o que ser más autocompasivos iba a hacer que la gente se aprovechara más de ellos.

Por otro lado, se encontró que personas con alta crítica interna también tenían especial dificultad para desarrollar autocompasión. (Gilbert & Procter, 2006). Asimismo, Longe et al. (2010) realizaron un estudio con resonancia magnética funcional (fMRI) y encontró que ser autocrítico o auto tranquilizador ante distintos

eventos activaba diferentes partes del cerebro. Las personas con mayor autocrítica tenían más dificultades para ser auto tranquilizadores y cuando intentaban llevar a cabo actitudes o acciones más tranquilizadores, su cerebro respondía como si fuese una amenaza.

En la revisión bibliográfica de Egan et al., (2022) los jóvenes explicaron que la idea de ser amable consigo mismos y reconocer que todo el mundo puede tener dificultades, incluso ellos, es difícil cuando su pensamiento se centra en conseguir los objetivos de la sociedad actual (estilo de sociedad competitiva, atomización social...) y en alcanzar la excelencia.

También se ha comprobado que el miedo a la compasión por uno mismo estaba significativamente vinculado al miedo a recibir la compasión de los demás. Esto sugiere la presencia de una dificultad general para gestionarse uno mismo emocionalmente y tolerar las emociones afines generadas. Los temores a la compasión por uno mismo y por los demás también estaban relacionados con el egoísmo, la autocrítica y la depresión (Gilbert et al., 2011).

Por otro lado, puede haber incluso variables estáticas propias de nuestra personalidad, rasgos, que compliquen el entrenamiento en autocompasión. Un estudio de Reilly et al. (2014), examinó las variables de autocompasión, vergüenza y conformidad con las normas masculinas tradicionales. Los resultados demostraron que la vergüenza fue el moderador clave entre la relación de adherencia a las normas masculinas con la autocompasión y con la autoestima. Por lo tanto, los investigadores concluyeron que el rasgo de la vergüenza afecta directamente a las habilidades de los participantes para ser autocompasivos. Estos resultados son importantes porque significan que la autocompasión puede verse cancelada en el caso de que los niveles de vergüenza (como rasgo) sean muy elevados.

Además, en muchas ocasiones se genera ese rechazo a la autocompasión porque no se interpreta correctamente las implicaciones que esta tiene y se piensa que ser autocompasivo es ser narcisista o estar centrado en uno mismo (Neff, 2003b).

Por otro lado, Robinson et al (2016) realizaron una investigación sobre los posibles factores que influyen en la resistencia a la compasión. Concluyeron que cuando pedían a los sujetos que se imaginaran reaccionando a distintas situaciones de manera autocompasiva, las personas con bajos niveles de autocompasión (LSCs, Low Self

Compassion) se percibían menos competentes, ambiciosos, modestos, exitosos y competitivos que las personas con altos niveles de autocompasión (HSCs, High Self Compassion). Esto indica que las personas con bajos niveles juzgaban la conducta autocompasiva de manera más negativa que las personas con altos niveles. Este hallazgo tiene importantes implicaciones ya que eso significa que la gente con baja autocompasión no se identifica o se quiere asociar a las acciones de la gente autocompasiva.

Recomendaciones para el futuro

Aunque ha habido metaanálisis que examinan la autocompasión, la ansiedad y la depresión en los jóvenes (Marsh et al., 2018) y la efectividad de las intervenciones de compasión (Ferrari et al., 2018), no hay pruebas exhaustivas de la integración de la autocompasión en donde también se integre la opinión de los jóvenes. Este hecho es importante considerarlo en el futuro.

Algunos estudios ya comienzan a preguntar a los jóvenes por posibles mejoras para futuros programas de autocompasión y a partir de su feedback, se propusieron las dos siguientes: 1) que estén disponibles en varios formatos (grupal, individual y online), y 2) que estén co-diseñados por jóvenes y así se cuide más el lenguaje utilizado, consiguiendo que sea más adecuado y actual y por tanto, que resuene más al público que lo recibe (Egan et al., 2022).

En el estudio piloto de Bluth et al., (2016) pudieron observar que los adolescentes no se identificaban con las meditaciones que se les proporcionaba, ya que estaban diseñadas para adultos. Esto refleja que el lenguaje utilizado en las intervenciones y programas es un aspecto muy importante que cuidar, puesto que es imprescindible para que puedan beneficiarse al máximo de los recursos. Asimismo, los autores consideran que para el futuro sería oportuno ampliar de 6 a 8 semanas la duración del programa, por la necesidad que percibieron de tener más tiempo para desarrollar algunos conceptos más en profundidad.

Por otro lado, en la mayoría de los estudios se utiliza la escala de Neff, Self Compassión Scale (2003b) o sus variantes, para medir la autocompasión de los participantes y es interesante que se pueda revisar los instrumentos utilizados para que también se incluyan definiciones de otros autores como por ejemplo la de Gilbert (Egan et al., 2022).

DISCUSIÓN

La adolescencia es una etapa vital llena de cambios y retos nuevos que afectan en gran medida a los y las adolescentes. En muchos casos no tienen las herramientas para adaptarse a las nuevas situaciones y como consecuencia, muchos desarrollan problemas de salud mental. De hecho, un estudio reveló que el 15% de adolescentes había desarrollado síntomas graves o considerablemente graves de depresión (Andrade et al, 2021). Al centrarnos en las posibles causas de este malestar se hallaron que influye en gran medida el tipo de sociedad actual, donde se valora más el tener o el hacer, que el ser, (Gil, 2018); la hipermovilidad, la falta de espacios comunitarios o de encuentro real y la atomización social (Duerto, 2021). En un mundo donde cada uno está interesado en lo suyo propio se genera mucha presión a la hora de poder desarrollar las competencias personales lo antes posibles y así ser competitivo y conseguir más oportunidades.

Además, esta situación empeora con la edad, puesto que los adolescentes más mayores presentan niveles un 6% más elevados de depresión que los jóvenes (Andrade et al., 2021). Es importante mencionar que estos síntomas depresivos tampoco afectan de igual manera a los hombres que a las mujeres, dado que ellas presentan una mayor incidencia (García et al, 2019). Esta discrepancia especialmente se comienza a notar a partir de los 12 años, al inicio de la adolescencia, cuando las niñas se exponen a más factores estresantes de carácter interpersonal y más significativos que los niños (Fonseca-Pedrero et al., 2011; Hankin et al., 2015). Dicho esto, no podemos centrarnos únicamente en la intervención y prevención de la depresión en las mujeres, ya que aunque en los hombres esta sea menos frecuente, sus efectos pueden ser más graves, debido al estigma que rodea la relación de los hombres con este trastorno emocional (Maris, 2002).

Hemos tratado de ver cómo la autocompasión contrarresta las consecuencias de los síntomas depresivos, ya que existen estudios desde más de diez años que avalan que la autocompasión ha demostrado ser beneficiosas en casos de depresión (Gibert, 2020). Se ha comprobado ampliamente que en la población adulta la autocompasión puede regular los efectos de la depresión (Macbeth y Gumley, 2012), pero estos resultados no se pueden generalizar a la adolescencia debido a las diferentes variables que presenta

esta etapa. Tras recabar información, podemos concluir que en la adolescencia también se cumple la relación inversa entre la autocompasión y los síntomas depresivos: cuanto más autocompasión, menos presencia de síntomas depresivos (Stolow et al., 2016; Zeller et al., 2015; Ferrari et al., 2018; Bakker et al., 2019; Callow et al., 2021). Por lo tanto, es muy importante que los y las adolescentes tengan altos niveles de autocompasión al llegar a este periodo para así poder combatir de manera efectiva los síntomas depresivos que se presentan con mayor fuerza en las últimas fases de esta etapa vital (los adolescentes más mayores) (Rudolph y Flynn, 2009). Sin embargo, como ocurre en la depresión, la autocompasión no se presenta de la misma manera en los hombres que en las mujeres. Se ha encontrado que los hombres tienden a puntuar más alto que las mujeres en autocompasión (Yarnell et al., 2015) y a percibir un mayor efecto moderador de la autocompasión en las intervenciones (Lathren et al., 2019). Los investigadores no están seguros de las causas de este hallazgo, pero intuyen que puede estar relacionado con que las mujeres utilizan más el diálogo interno negativo y son más críticas consigo mismas (Yarnell et al., 2015).

Asimismo, también hemos comprobado cómo los programas de entrenamiento en autocompasión obtienen los resultados esperados y van en línea con la relación inversa discutida, ya que en la mayoría de los casos los síntomas depresivos disminuyen (Bluth et al., 2016; Egan et al., 2022; Ferrari et al., 2018; Zumalde et al., 2019). De hecho, se ha comprobado que la autocompasión proporciona una reconfiguración cognitiva y emocional de los sucesos que ocurren, generando una interpretación del mundo más positiva y realista (Bakker et al., 2019). Esto es beneficioso de cara a implementarlo con personas con síntomas depresivos, pues en estos casos los pensamientos negativos son comunes y afectan a la manera de analizar y percibir la realidad. Sin embargo, varios autores no obtuvieron lo esperado por la literatura puesto que en sus intervenciones, o bien la diferencia pre versus post era muy pequeña y se desvanecía al poco tiempo (Bluth y Eisenlohr-Moul, 2017), o no se apreciaba ninguna mejora en ese aspecto (Reddy et al., 2013).

Respecto a los programas de autocompasión es importante resaltar que, como las mujeres desarrollan síntomas depresivos de manera más frecuente y presentan niveles de autocompasión más bajos, el diseño e implementación de sus intervenciones se debe de realizar lo antes posible para tener el mayor impacto y prevenir peores consecuencias en el futuro.

Por último, otro factor influyente en el éxito o fracaso de las intervenciones y programas es la resistencia a la autocompasión, que está presente a pesar de todos los beneficios anteriormente mencionados. A menudo se identifica a la persona autocompasiva como alguien débil, frágil, poco competente, o incluso narcisista (Neff, 2003b; Gilbert et al., 2011). Del mismo modo, si tiene bajos niveles de autocompasión, juzgará los sentimientos y acciones autocompasivas de otras personas mucho más fuertemente que aquellos con altos niveles de autocompasión (Robinson et al., 2016). Al mismo tiempo, también existen rasgos de personalidad, como la vergüenza, que cuando se muestran de manera elevada dificultan el desarrollo de la autocompasión (Reilly et al., 2014). Es crucial tener estos factores en cuenta a la hora de desarrollar programas

CONCLUSIONES

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo estudiar el factor protector de la autocompasión en la sintomatología depresiva de los y las adolescentes. Además, se ha profundizado en las posibles diferencias entre hombres y mujeres, así como cuales son las principales resistencias que encuentran los jóvenes a la autocompasión.

El resultado de la búsqueda de información confirma que sí que existe un efecto mediador entre la autocompasión y las sintomatología depresiva en adolescentes y presentan una correlación inversa significativa. Es cierto que se encuentran varios estudios que no respaldan la hipótesis principal, pero estiman que las razones de estos resultados pueden estar relacionadas con las duraciones de las intervenciones. Estas conclusiones hay que valorarlas teniendo en cuenta los aspectos del género y la edad, que causan diferencias significativas a la hora de la intervención. También se ha comprobado la eficacia de los entrenamientos y programas en autocompasión.

De este estudio se puede extraer la conclusión de que se deben desarrollar programas de autocompasión a edad más temprana (previa a la adolescencia) para que definitivamente los y las adolescentes se puedan beneficiar de estos programas a largo plazo. Es importante prestar especial atención a las niñas y chicas jóvenes porque ellas presentan mayores niveles de síntomas depresivos y menos autocompasión. Aun así, también es crucial tomar en consideración a los varones jóvenes y proporcionarles todas estas herramientas, puesto que, aunque presenten menos frecuencia de síntomas depresivos, estos suelen ser más graves que los de las mujeres.

Sin embargo, este trabajo también presenta varias limitaciones que se deben considerar. Por un lado, la mayoría de la muestra analizada son alumnos caucásicos, provenientes de Europa o de Estados Unidos. Por lo tanto, las opiniones reflejan una población de países desarrollados y de alto nivel socioeconómico. Además, mucho de los estudios utilizan una muestra de pequeño tamaño, por lo que no se pueden generalizar con tanto rigor. Por otro lado, en cuanto a términos metodológicos, en las investigaciones se menciona siempre una correlación inversa entre las dos variables, pero no se afirma ninguna relación de causalidad entre ellas, siendo este segunda tipo de

relación más sólida a nivel procedimental. Sería interesante explorar estos aspectos en próximos estudios.

Con respecto a futuras investigaciones, existe una necesidad de que se lleven a cabo más estudios cualitativos para conseguir una mayor implicación de los jóvenes en la creación y desarrollo de programas de intervención de autocompasión. Tampoco se debe ignorar el hecho de que se han encontrado muchas resistencias frente a la autocompasión y que para conseguir que más personas se beneficien de los efectos mediadores de esta, se debería explorar cómo resolverlas o al menos tener esto en cuenta en futuros diseños de programas. Asimismo, es recomendable realizar investigaciones con más sujetos, periodos de seguimiento más largos y con personas con síntomas elevados de depresión.

REFERENCIAS

Andrade, B., Guadix, I., Rial, A. & Suárez, F. (2021). Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades. Madrid: UNICEF España. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_estatal_impacto-tecnologia-adolescencia.pdf

Bakker, M., Cox, D., Hubley, A. y Owens, L. (2019). Emotion Regulation as a Mediator of Self-Compassion and Depressive Symptoms in Recurrent Depression. *Mindfulness*, 10(1), 1169–1180. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1072-3>

Bartels, M., Cacioppo, J. T., van Beijsterveldt, T. C., y Boomsma, D. I. (2013). Exploring the association between well-being and psychopathology in adolescents. *Behavior genetics*, 43, 177-190.

Bengtsson, H., Söderström, M., y Terjestam, Y. (2016). The Structure and Development of Dispositional Compassion in Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 36(6), 840–873. <https://doi.org/10.1177/0272431615594461>

Bloom, P., y Wynn, K. (2016). What develops in moral development. *Core knowledge and conceptual change*, 347-364.

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.

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. [10.1007/s10964-016-0567-2](https://doi.org/10.1007/s10964-016-0567-2)

Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C., y Hobbs, L. (2016). Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness*, 7, 479-492. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0476-6>.

Bluth, K., y Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118, [10.1016/j.adolescence.2017.04.001](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.04.001)

Callow, T., Moffitt, L. y Neumann, D. (2021). External shame and its association with depression and anxiety: the moderating role of self-compassion. *Australian Psychologist*, 56(1), 70-80. <https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1890984>

Calvete, E. (2011). Diferencias de género en la depresión de adolescentes y jóvenes. *Crítica*, 974, 55-59.

Carrió, F. B. (2018). Simpatía-empatía-compasión: parecen lo mismo pero no lo son. *Folia Humanística*, (10), 1-17.

Castro, C., & Rodríguez, E. (2016). Intervención social con adolescentes: Necesidades y recursos. *Trabajo social hoy*, 77, 7-23. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0001>

DIRDIRA (2022). Infancia y Violencia. Estudio participativo de la situación en España y construcción de propuestas para mejorar la atención a la infancia y adolescencia. Madrid: UNICEF España. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/communication/unicef_infancia_violencia.pdf

Duerto, P. (2021). Cuerpos acelerados: un análisis de los efectos de la temporalidad neoliberal en la subjetividad. *Res Publica Revista de Historia de Las Ideas Políticas*, 24(3), 505-517.

Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., Webb, M., y Finlay-Jones, A. (2022). A review of self-compassion as an active ingredient in the prevention and treatment of anxiety and depression in young people. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-19.

Elices, M., Carmona, C., Pascual, J. C., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., y Soler, J. (2017). Compassion and self-compassion: Construct and measurement. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), 34-40. s

Falcato, M. A., Muñoz, N. H., y Urquiola, Y. C. (2017). Depression in adolescence: necessary considerations for its diagnosis and treatment. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 7(3), 152-154.

Fernández, T. y Ponce de León, L. (2011). Trabajo Social con familias. Madrid: Ediciones Académicas.

Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., y Ciarrochi, J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PloS one*, 13(2), e0192022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192022>

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Múñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 217-225.

García Álvarez, D., Soler, M. J. y Cobo Rendón, R. (2019). Bienestar psicológico en adolescentes: relaciones con autoestima, autoeficacia, malestar psicológico y síntomas depresivos. *Revista de Orientación Educativa*, 33 (63), 23-43.

García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 85-104.

Germer, C. K., y Siegel, R. D. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice*. New York: Guilford Press.

Germer, C. K., y Simón, V. (2011). *Compasión y autocompasión*. Barcelona: Sello Editorial.

Gil, D. (2018, mayo). Pasar del hacer al ser. *Revista Tú Mismo* <https://tumismo.es/entrevistas/pasar-del-hacer-al-ser/>

Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life*.

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

Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 11, 3123.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.

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.

Hamlin, J. K., Wynn, K., Bloom, P., & Mahajan, N. (2011). How infants and toddlers react to antisocial others. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108, 19931–19936

Hankin, B. L., Young, J. F., Abela, J. R., Smolen, A., Jenness, J. L., Gulley, L. D., Technow, J. R., Barrocas, A., Cohe, J. R., y Oppenheimer, C. W. (2015). Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. *Journal of abnormal psychology*, 124(4), 803.

Heywood, Andrew (2011). *Global Politics*. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan.

Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E., 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>

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.

Gilbert, P. (Ed.). (2017). *Compassion: Concepts, research and applications*. Taylor & Francis.

Lathren, C., Bluth, K., y Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and individual differences*, 143, 36-41.

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, *49*(2), 1849-1856.

Macbeth, A., y Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *32*, 545–552.

Marsh, I. C., Chan, S. W., y MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents- a meta-analysis. *Mindfulness*, *9*, 1011-1027.

Maris, R. W. (2002). Suicide. *The Lancet*, *36*, 319-326.

Mascaro, J. S., Florian, M. P., Ash, M. J., Palmer, P. K., Frazier, T., Condon, P., & Raison, C. (2020). Ways of knowing compassion: How do we come to know, understand, and measure compassion when we see it?. *Frontiers in Psychology*, *11*, 547241.

Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., De Kock, B. (2015). Good for the Self: Self-Compassion and Other Self-Related Constructs in Relation to Symptoms of Anxiety and Depression in Non-clinical Youths. *Journal of Child and Family Studies*, *25*, 607-617.

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*, 85–101.

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

Reddy, S. D., Negi, L. T., Dodson-Lavelle, B., Ozawa-de Silva, B., Pace, T. W., Cole, S. P., Raison, C. L., y Craighead, L. W. (2013). Cognitive-based compassion training: A promising prevention strategy for at-risk adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *22*, 219-230.

Reilly, E. D., Rochlen, A. B., & Awad, G. H. (2014). Men's self-compassion and self-esteem: The moderating roles of shame and masculine norm adherence. *Psychology of Men & Masculinity*, *15*, 22–28. <https://doi.org/10.1037/a0031028>

Rey, J., Bella-Awusah, T. T., y Liu, J. (2017). *Depresión en niños y adolescentes. Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP*.

Robinson, K. J., Mayer, S., Allen, A. B., Terry, M., Chilton, A., y Leary, M. R. (2016). Resisting self-compassion: Why are some people opposed to being kind to themselves? *Self and Identity*, 15(5), 505-524.

Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2015). Mindfulness and compassion in human development: Introduction to the special section. *Developmental Psychology*, 51(1), 1–6. <https://doi.org/10.1037/a0038453>

Rogers, C. (1961, p. 17). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rudolph KD y Flynn M. (2009). *Handbook of depression*. 2. Adolescent depression; pp. 444–466. (REVISAR LA CITACIÓN DE ESTE LIBRO)

Salmerón, M. A., y Casas, J. (2013). El adolescente y su entorno. En *Pediatría en ciencias de la salud*, 115-128. Editorial Universidad de Granada.

Sánchez, E. (02 de septiembre de 2020). Adolescencia tardía, un fenómeno cada vez más común. *La mente es maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/adolescencia-tardia-un-fenomeno-cada-vez-mas-comun/>

Sánchez, T. (2014). Empatía, simpatía y compatía (compasión) Tres disposiciones afectivas fundamentales en el vínculo humano-terapéutico. *Clínica e investigación relacional*, 8(3), 434-451.

Serapio, A. (2006). Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista Estudiante de Juventud*, 73, 11-23.

Stolow, D., Zuroff, D. C., Young, J. F., Karlin, R. A., & Abela, J. Z. (2016). A prospective examination of self-compassion as a predictor of depressive symptoms in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(1), 1–20.

Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review*, 47, 15-27.

Svenaesus, F. (2014). The relationship between empathy and sympathy in good health care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, (18), 267-277.

UNICEF España (2022). 10 de octubre: día mundial de la salud mental. La urgencia de un compromiso conjunto con la salud mental y el bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/communication/Día_Mundial_Salud_Mental_octubre_2022.pdf

Voltas, N., y Canals, J. (2018). La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado? *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 25-43.

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.

Zeller, M., Yuval, K., Nitzan-Assayag, 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.

Zumalde, E. C., Sola, I. O., González, L. F., Colomer, E. R., Fidalgo, Á. P., y Odriozola, J. G. (2019). El programa de mindfulness “Aprendiendo a Respirar” en adolescentes haciendo la transición a la universidad: Ensayo piloto controlado aleatorizado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 32-38.