



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**Psicología**

AUTOCOMPASIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL COMO  
PREDICTORES DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE  
LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN  
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTORA: GRECIA JANETH CAHUATA CHUNOCCA

ASESOR: DR. ROBERTO BUENO CUADRA

LIMA – PERÚ

2025



## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

### Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	Cahuata Chunocca, Grecia Janeth

*(Agregar filas adicionales si hay más autores)*

Pertenciente a la **Facultad de Psicología**, autora del trabajo titulado: **Autocompasión y regulación emocional como predictores de las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el título de **Licenciado en Psicología** bajo la modalidad de **sustentación de tesis**.

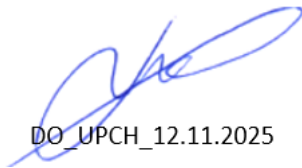
En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	Bueno Cuadra, Roberto	Psicología	Asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **17%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin@** (identificador de entrega: **trn:oid::1:3354952802**; fecha de entrega: **28 Sep 2025**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, \_12 de noviembre de 2025**



DO\_UPCH\_12.11.2025

Firma del asesor

N° DNI: ...10741192.....

ORCID: 0000-0001-8895-9109.....

## **MIEMBROS DEL JURADO**

Mg. Henry Santa Cruz Espinoza

**Presidente**

Mg. Carolina Jesusa Mayorca Castillo

**Vocal**

Mg. Susana Elizabeth Mamani Guerra

**Secretario**

## **DEDICATORIA**

A mi abuelo Víctor, por darme la oportunidad de dar el primer paso para cumplir mis  
sueños.

A mis abuelas, Rebeca y Teresa, por su infinita ternura, resiliencia y amor.

A Erick, Janeth, Joaquín y Matías, por amarme tal y como soy y creer en mí siempre.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradezco a Dios y a todos los que me acompañan desde arriba, por darme la fortaleza necesaria para culminar un proyecto tan importante para mí.

Agradezco a mi familia, por acompañarme en todo momento y por siempre hacerme reír cuando más lo necesito. Gracias por siempre creer en mí y motivarme a dar lo mejor en todo lo que hago. Los amo.

Agradezco al asesor Roberto Bueno por toda la paciencia y sabiduría durante la realización del proyecto. Gracias por su guía con amabilidad y motivación constante durante las asesorías.

Agradezco a todas las personas que conforman mi red de soporte social. Gracias por inspirarme a ser curiosa y nunca dejar de aprender, por enseñarme lecciones muy importantes de vida, por motivarme a crecer como persona y profesional, por ayudarme a cerrar etapas, establecer límites y ser más compasiva conmigo misma, por permitirme conocerme más, por traer mucha felicidad a mi vida, y por siempre recordarme que queda mucho por lograr y nada que probar.

## TABLA DE CONTENIDOS

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

**INTRODUCCIÓN..... 1**

**METODOLOGÍA ..... 36**

**1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN ..... 36**

**2. PARTICIPANTES..... 37**

**3. INSTRUMENTOS..... 38**

**4. PROCEDIMIENTO ..... 43**

**5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS ..... 45**

**6. CONSIDERACIONES ÉTICAS..... 48**

**RESULTADOS ..... 50**

**DISCUSIÓN..... 73**

**CONCLUSIONES ..... 89**

**REFERENCIAS ..... 90**

**ANEXOS**

**1. Instrumentos de recolección de información**

**2. Consentimiento Informado**

**3. Tríptico psicoeducativo entregado a los participantes**

**4. Carta de aprobación emitida por el Comité de Ética**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar en qué medida las dimensiones de la autocompasión y la regulación emocional predecían las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Se utilizó un diseño predictivo transversal con una muestra no probabilística de 135 estudiantes entre 18 y 25 años. Se aplicaron la Escala de Autocompasión, la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional y el Test de Actitudes Alimentarias. Mediante regresión lineal múltiple con errores estándar robustos, se halló que la falta de aceptación emocional fue la única dimensión con poder predictivo significativo sobre dichas características. También se identificaron correlaciones significativas y de baja intensidad entre las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria y las dimensiones de autojuicio, aislamiento, sobreidentificación, dificultades para controlar impulsos, falta de claridad emocional y falta de aceptación emocional. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas por sexo en ninguna de las variables. Se concluye que determinadas dimensiones de autocompasión y regulación emocional explican en parte las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria, por lo que resultan relevantes para el diseño de estrategias preventivas y de promoción de la salud mental en contextos universitarios.

**Palabras clave.** Autocompasión, Regulación emocional, Trastornos alimentarios, Estudiantes universitarios, Análisis de regresión.

## **ABSTRACT**

This study aimed to determine the extent to which self-compassion and emotion regulation dimensions predicted the psychological characteristics of eating disorders in university students from Lima. A cross-sectional predictive design was conducted with a non-probabilistic sample of 135 students aged 18 to 25. The Self-Compassion Scale, the Difficulties in Emotion Regulation Scale, and the Eating Attitudes Test were applied. Linear regression with robust standard errors revealed that emotional non-acceptance was the only significant predictor of these characteristics. Subsequently, significant but low-intensity correlations were found between the psychological characteristics of eating disorders and dimensions such as self-judgment, isolation, over-identification, impulse control difficulties, and lack of emotional clarity and acceptance. Lastly, sex-based comparisons showed no statistically significant differences across variables. It was concluded that certain dimensions of self-compassion and emotion regulation partially explain the psychological characteristics of eating disorders, highlighting their relevance for the development of preventive strategies and mental health promotion in university settings.

**Keywords:** Self-compassion, Emotion regulation, Eating disorders, University students, Regression análisis.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen alteraciones crónicas, complejas y multicausales que perjudican la salud mental y se caracterizan por la insatisfacción con la imagen corporal, preocupaciones excesivas relacionadas con la alimentación y el peso y comportamientos alimentarios perjudiciales (Duarte & Mendieta, 2019; Ponce et al., 2017). Los TCA se pueden dividir en tres grupos: anorexia (donde se restringe la ingesta de alimentos por el miedo desmedido a subir de peso o con la finalidad de reducirlo), bulimia (donde se presentan episodios de atracones y el sentimiento de culpa que induce mecanismos compensatorios inapropiados) y los trastornos no específicos (TCANE) (Duarte & Mendieta, 2019). Actualmente, los TCA representan un problema de salud pública por las múltiples y graves consecuencias que conllevan, como las complicaciones a nivel psicológico, social y físico, lo que hace que sean trastornos con altas tasas de morbilidad y mortalidad (Galmiche et al., 2019).

A nivel mundial, de acuerdo con el estudio más reciente acerca de la prevalencia mundial de los TCA, se revela que entre 1990 y 2021 la tasa global aumentó de 300.7 a 354.7 casos por cada 100.000 habitantes, con un crecimiento anual promedio del 0.57%, además, incrementó en ese mismo periodo la incidencia y carga de la enfermedad en mujeres jóvenes de 15 a 24 años y sobre todo en regiones de alto índice sociodemográfico, como Europa Occidental y Oceanía (Liu et al., 2025).

Esta tendencia de incremento en la prevalencia de los TCA se agudizó durante la pandemia por COVID-19, pues se identificó un aumento de diagnósticos desde el inicio de la pandemia, especialmente en mujeres jóvenes, por ejemplo, el riesgo relativo de padecer anorexia en niñas y mujeres adultas incrementó desde marzo de 2020, lo que hizo que superara el 1,5 al final de ese año (Zipfel et al., 2022).

Ello es consistente con investigaciones previas que evidenciaron un aumento similar en los últimos años, sobre los distintos trastornos de conducta alimentaria. Por ejemplo, la anorexia nerviosa presenta entre 5 y 5.4 casos por cada 100.000 personas al año; específicamente en el grupo de mujeres entre los 15 y 19 años, se presentan 490 casos por cada 100.000 personas al año; y en los varones entre los 10 a 24 años, se observan 15.7 casos por cada 100.000 personas al año (Duarte & Mendieta, 2019). En lo que respecta a los casos de bulimia, se reporta que la prevalencia en los países occidentales es del 2% a 4% entre las adolescentes, mientras que, en los trastornos no específicos, los casos en la población oscilan entre el 5% a 10%, en donde el trastorno de atracón es el que presenta más prevalencia (Asociación TCA Aragón, 2020; Erskine & Whiteford, 2018).

A nivel regional, en Colombia, se hallaron 143 casos con riesgo de adquirir un TCA en mujeres entre los 15 y 37 años (Emiro & Castañeda, 2020). Por otra parte, en Chile, se reportó que el riesgo de padecer algún TCA fue de 16.1% en estudiantes escolares (Zapata et al., 2018). A nivel nacional, se reporta que un 6% de la población exhibe conductas alimentarias de alto riesgo, como las dietas restrictivas, el consumo de purgantes o diuréticos, vómitos autoinducidos y la realización de ejercicio en

exceso, además, dichas conductas se observan con mayor frecuencia en las mujeres (7.1%) a comparación de los varones (4.9%), y en zonas urbanas (Ministerio de Salud, 2017). Además, en los últimos cinco años, el diagnóstico de un trastorno de conducta alimentaria ha aumentado en más de 300%, y el 99% de los diagnósticos realizados en el 2022 correspondió a adolescentes entre 12 y 17 años; en el 2023 dicha población representó el 62% de los casos con un diagnóstico de un TCA, casi el doble que la población adulta (Ciriaco, 2023).

En relación a la población universitaria, en un estudio realizado con estudiantes del sudeste asiático, se encontró que el 11.5% estaba en riesgo de padecer un TCA (Pengpid & Peltzer, 2018). Por otra parte, en Europa, específicamente en España, se halló que un elevado porcentaje de mujeres presentaron altos puntajes en la obsesión por la delgadez (40%) e insatisfacción corporal (48%), ambos factores de riesgo para adquirir un TCA, mientras que, en el caso de los varones, los puntajes fueron menores (Benitez et al., 2019). En cuanto a Latinoamérica, en Argentina, Díaz et al. (2019) encontraron que el 72.3% presentaba insatisfacción corporal, además de un riesgo moderado de tener conductas alimentarias de riesgo. Asimismo, en el Perú, específicamente en Chimbote, Quiñones et al. (2022) hallaron que el 24.5% de la muestra padecía de un TCA. Por otro lado, Zila et al. (2022) hallaron en su investigación que el 12.5% presentaba un diagnóstico probable de TCA. En adición, en otra investigación realizada en Lima, se encontró que el 15.6% de los estudiantes tenía un TCA (Gonzales et al., 2018).

Entonces, una de las poblaciones más vulnerables de padecer un TCA es la

población universitaria (Ponce et al., 2017; Tavoracci et al., 2020). Ello se debe a que la etapa de la adultez emergente coincide con la transición a la vida universitaria, caracterizada por altos niveles de estrés académico, depresión, ansiedad e inestabilidad en las relaciones interpersonales, lo que está relacionado con la sintomatología de los TCA (McCabe et al., 2019; Potterton et al., 2020; Tavoracci et al., 2020). Así, se ha encontrado que los estudiantes universitarios lidian con dichos estresores externos realizando comportamientos característicos de los TCA (Potterton et al., 2020). Por ejemplo, el estrés académico trae como consecuencia cambios en los hábitos alimenticios de los estudiantes, pues algunos estudiantes comen más cuando se sienten estresados, lo que los hace más vulnerables a presentar algún TCA (Kristanto et al., 2016).

En adición a lo mencionado, las dificultades a nivel de regulación emocional también constituyen un problema frecuente en los estudiantes universitarios, lo que a su vez está relacionado con la práctica de conductas alimentarias de riesgo para controlar dichas emociones (Kumar et al., 2018; Mallorquí et al., 2017). Así, uno de los factores que influye en la aparición y mantenimiento de los TCA tiene que ver con las distintas dimensiones que componen las dificultades en la regulación emocional (Mallorquí et al., 2017; Pinto et al., 2019).

Ello se ve reflejado en lo que hallaron Anderson et al. (2018) en su estudio con adultos con anorexia y bulimia, en el cual el total de la muestra presentó puntajes altos y significativos en las dificultades en la regulación emocional. Asimismo, Calvo et al. (2014) encontraron en pacientes con TCA, altos niveles de desregulación emocional

relacionados a las dimensiones de baja consciencia, claridad y aceptación emocional a comparación de la población que no padece de un TCA. En esa misma línea, Corstorphine (2006) halló que las personas con TCA, como forma de regulación emocional, tienden a evitar las experiencias emocionales y, en consecuencia, realizar comportamientos alimentarios desadaptativos. En adición, en la bulimia, cuando se experimentan pensamientos y emociones negativas relacionados con la imagen corporal, se refuerza la sintomatología si la persona realiza esfuerzos para tratar de evitar o suprimir dichas emociones (Prefit et al., 2019). Finalmente, en el trastorno de atracón, los atracones son considerados intentos para regular las experiencias negativas internas, como las emociones consideradas perturbadoras e incontrolables (Pinto et al., 2019).

De ese modo, no son las emociones por sí mismas las que causan la sintomatología, sino que el problema radica en cómo la persona con TCA reconoce sus emociones, y las formas desadaptativas que emplea para regularlas (Mallorquí et al., 2017; Weinbach et al., 2018).

Por otro lado, la literatura sostiene que la autocompasión es un constructo que cobra relevancia en múltiples alteraciones en salud mental, entre los cuales están los TCA, pues cumpliría un rol protector y promotor del bienestar psicológico (Pullmer et al., 2019). Así, la autocompasión implica aceptar las experiencias emocionales adversas como válidas, y funciona como una variable disposicional que reduciría las probabilidades de que la persona responda a dichas experiencias llevando a cabo conductas alimentarias de riesgo propias de los TCA (Turk & Waller, 2020).

Mediante el desarrollo de la autocompasión, se ha demostrado que se puede reducir la sintomatología existente de los TCA, como los problemas de alimentación y la preocupación por la imagen corporal (Turk & Waller, 2020). Más aún, la autocompasión puede prevenir la aparición inicial de los factores de riesgo de los TCA, y ha sido considerada como uno de los componentes centrales en la recuperación de las personas que padecen de dichos trastornos (Geller et al., 2019; Turk & Waller, 2020).

Se ha demostrado mediante diversos estudios con muestras clínicas que altos niveles de autocompasión están relacionados con una menor obsesión por la delgadez, así como menores preocupaciones por la imagen corporal y otras características psicológicas de los TCA, por lo que la autocompasión funcionaría como un factor protector frente a este grupo de trastornos (Duarte et al., 2015, como se cita en Turk & Waller, 2020). Además, Gouveia et al. (2019) encontraron que la autocompasión promovía una regulación emocional más adaptativa en adolescentes y, por ende, reducía el acto de comer como una estrategia desadaptativa para el alivio emocional.

De ese modo, la autocompasión y la regulación emocional son factores importantes en la aparición y mantenimiento de los TCA, pues las conductas alimentarias de riesgo serían esfuerzos desadaptativos para regular las experiencias emocionales negativas que están relacionadas con las características psicológicas de los TCA, mientras que la autocompasión promovería una forma adaptativa de relacionarse con dichos estados emocionales y, en consecuencia, formas de regulación emocional más funcionales. En el presente trabajo el interés recae en las características psicológicas de los TCA, es decir las actitudes y conductas respecto de la alimentación,

el peso y la figura que se observan en los TCA (Garner & Garfinkel, 1979). No se han identificado investigaciones previas en la población universitaria peruana acerca de la manera en que las dimensiones de la autocompasión y la regulación emocional, todos ellos considerados conjuntamente, pueden predecir las características psicológicas de los TCA. La exploración del papel de estas variables resulta relevante porque puede aportar evidencia que oriente en el planteamiento de futuras estrategias de prevención de los TCA.

Por todo lo mencionado, la presente investigación se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera las dimensiones de la autocompasión y regulación emocional predicen las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de una universidad privada en Lima Metropolitana?

Teniendo en cuenta dicha pregunta de investigación y las variables abordadas, a continuación, se presentan los aspectos conceptuales pertinentes de las tres variables estudiadas en la presente investigación.

En el caso de la variable de Autocompasión, se revisan dos enfoques teóricos principales de la autocompasión. Desde el modelo evolutivo de Gilbert (2005, como se cita en Pauley & McPherson, 2010; Araya & Moncada, 2016), se plantean tres sistemas biopsicológicos específicos: a) sistema de respuesta a la amenaza (detección de peligro y respuestas defensivas, responsable de emociones como miedo, ira y vergüenza), b) sistema de búsqueda de recompensas (motivación por necesidades y metas), y c) sistema de calma o tranquilidad (seguridad, cuidado y vinculación). La compasión

emergería cuando el sistema de calma se desarrolla en contextos donde existe un apego seguro y experiencias de cuidado, lo que facilita respuestas de alivio frente al malestar (Gilbert & Procter, 2006; MacBeth & Gumley, 2012; Pauley & McPherson, 2010). La autocompasión, entonces, consistiría en dirigir esas mismas respuestas compasivas hacia uno mismo, y su ausencia suele asociarse con autocrítica y culpa internalizada (Pauley & McPherson, 2010).

Entonces, para Gilbert (2005, como se cita en Araya & Moncada, 2016), la compasión tiene un componente primordialmente biológico que se refleja en los comportamientos de cuidado con los demás, sensibilidad frente al dolor o malestar, empatía, calidez emocional, etc., por lo que la autocompasión sería dirigir dichas habilidades hacia la experiencia propia, hacia uno mismo.

Por otro lado, el modelo empleado en el presente estudio corresponde a la concepción de la autocompasión que plantea Neff (2003), la cual tiene sus raíces en el budismo y reconoce tres componentes de dicho constructo, además de que ha sido el modelo predominante en la investigación para la comprensión del rol de la autocompasión en el bienestar psicológico y la psicopatología.

Dicho eso, Neff (2016) define la autocompasión como una compasión orientada hacia uno mismo que representa la relación de la persona con ella misma en momentos de fracaso, dolor y sufrimiento personal. La autocompasión está compuesta por tres elementos básicos que se interrelacionan entre sí en el sentido de que pueden influirse positiva o negativamente (Araya & Moncada, 2016; Barnard & Curry, 2011; Neff, 2016). Cada componente presenta dos polos opuestos que consisten en la presencia y

ausencia del componente, y representan una actitud autocompasiva y no autocompasiva (Araya & Moncada, 2016; Barnard & Curry, 2011; Neff, 2015). Los elementos de la autocompasión planteados por Neff (2003) se describen a continuación:

En primer lugar, se encuentra la Auto amabilidad o bondad hacia uno mismo vs. Juicio hacia uno mismo, este componente consiste en ser amable con uno mismo, lo cual implica la autoafirmación, es decir, dirigir el perdón, la tolerancia, la empatía y la comprensión hacia uno incluso en momentos de sufrimiento o fracaso percibido (Barnard & Curry, 2011). Es decir, significa tomar una postura activa al momento de confortarse a uno mismo durante una dificultad (Neff, 2016). Así, Shapiro y Carlson (2009, como se cita en Araya & Moncada, 2016) sostienen que tratarse a uno mismo con la amabilidad que suele ir dirigida hacia otros en momentos difíciles genera un espacio de mayor claridad y tranquilidad emocional.

En el lado opuesto de la auto amabilidad, se encuentra el juzgarse a uno mismo que implica tener actitudes de autocrítica, desaprobación, hostilidad y demanda hacia uno mismo, lo que a su vez está relacionado con el hecho de no aceptar ni examinar los propios pensamientos, sentimientos, comportamientos y la propia valía (Barnard & Curry, 2011). Así, al juzgarse a uno mismo, existe la autocrítica constante por los defectos personales, los diversos obstáculos que se puedan presentar o errores que uno pueda cometer, en lugar de detenerse y tomar una postura más compasiva (Neff, 2016; Roca, 2013).

En adición, Barnard y Curry (2011) mencionan que la autocrítica se caracteriza por ser implacable y con frecuencia la persona no es consciente de su autocrítica

constante ni tampoco de cómo esta le puede generar sufrimiento, además, el criticarse a uno mismo puede ocasionar igual o más dolor de lo que genera el propio evento difícil. Entonces, se entiende que para que uno desarrolle una postura amable hacia sí mismo deberá, primero, tomar consciencia de su autocrítica y el daño que ocasiona.

En segundo lugar, se encuentra la Humanidad compartida vs. Aislamiento. La humanidad compartida se refiere al reconocimiento del vínculo que se tiene con los demás, especialmente en lo que respecta a la experiencia humana relacionada con el dolor, las penas y debilidades, y aceptar que todos los seres humanos cometen errores y no son perfectos, lo que se refleja en la acción de perdonarse a sí mismo por el hecho de ser humano, es decir, reconocer las propias limitaciones y perdonarse a pesar de ello (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2016). Además, la concepción de la humanidad compartida implica ser conscientes de que existe una interconexión íntima entre todos los seres humanos que hace que el sufrimiento sea compartido (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2016).

Por otro lado, está el aislamiento que hace referencia al hecho de que uno piense que es el único que comete errores y es imperfecto, lo que a su vez hace que aparezca una sensación de soledad en los sentimientos de inadecuación y en el sufrimiento; es decir, la persona adopta una postura egocéntrica en el sentido de que se retrae o aísla porque se siente inadecuado, y cree que es el único que se siente de esa forma, cuando en realidad todos los seres humanos comparten esa experiencia (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2016).

De esa forma, ser consciente de la experiencia humana compartida contribuye

a tomar una perspectiva amplia del propio sufrimiento y comprender que las dificultades personales son inherentes a la condición humana, lo que a su vez genera que la sensación de sufrimiento se experimente, pero de manera conectada con los demás (Roca, 2013).

El último elemento es Atención plena vs. Sobre-identificación o evitación. La atención plena o *mindfulness* se refiere a la capacidad para mantenerse consciente, prestar atención y aceptar el momento presente reconociendo los pensamientos, emociones y sensaciones que surgen sin juzgarlos, en lugar de tratar de huir y evitar esa experiencia (Barnard & Curry, 2011; Cheung et al., 2020; Neff, 2016). La atención plena no solo implica la atención desde un aspecto cognitivo, sino también desde un aspecto afectivo, en el cual la persona dirige su atención de manera amable hacia su propia experiencia (Kabat-Zinn, 2003, como se cita en Barnard & Curry, 2011).

Por otra parte, se tiene a la sobre - identificación que consiste en identificarse con las experiencias dolorosas o el sufrimiento de manera que se magnifica la importancia de todo ello; es decir, existe una rumiación sobre el fracaso, la experiencia dolorosa o las propias limitaciones, lo que ocasiona que la persona no se detenga a observar la situación con mayor claridad (Barnard & Curry, 2011). Al lado opuesto de la sobre-identificación, se encuentra la actitud de evitación que también está presente en ausencia de la atención plena, e implica intentos de la persona para evadir las experiencias dolorosas, en vez de aceptarlas (Neff, 2003, como se cita en Araya & Moncada, 2016).

De esta forma, el modelo teórico planteado por Neff (2003) permite una visión

más amplia de la autocompasión al reconocer sus elementos y la interacción entre estos que puede derivar en una postura autocompasiva o no, además de que se brinda una explicación del constructo que considera la multidimensionalidad del ser humano sin reducir la explicación a una de esas dimensiones.

Dicho eso, la autocompasión se define como una forma de relacionarse con uno mismo caracterizada por la predisposición de la persona para ser amable y comprensiva consigo misma, específicamente en situaciones en las cuales tiene que lidiar con fracasos, errores o limitaciones (Muris & Petrocchi, 2016; Neff & Germer, 2017; Roca, 2013). El constructo tiene sus raíces en Oriente, pero es un concepto relativamente nuevo en Occidente, que ha dado lugar a diferentes intervenciones terapéuticas para tratar problemas psicológicos, como la ansiedad y depresión, de manera efectiva según la literatura (Kenny & Williams, 2007; Odou & Brinker, 2014).

Al momento de conceptualizar la autocompasión, es importante establecer las diferencias con otros constructos. En primer lugar, la autocompasión es diferente de la autoestima en el sentido de que esta última implica una autoevaluación global del individuo sobre sí mismo que puede ser favorable o desfavorable y se ve reforzada por los logros personales y disminuida por los fracasos o limitaciones, mientras que la autocompasión no implica una valoración positiva o negativa, sino más bien una actitud compasiva dirigida hacia uno mismo a pesar de las circunstancias difíciles que se puedan presentar (Barnard & Curry, 2011; Donald et al., 2018; Neff & Dahm, 2015). Además, la autoestima depende más de factores externos, mientras que la autocompasión es una tendencia propia de la persona que se puede mantener

independientemente de cuáles sean las circunstancias externas (Neff & Vonk, 2009, como se cita en Barnard & Curry, 2011).

Por otro lado, es importante diferenciar la autocompasión de conceptos como la lástima, el egocentrismo o la complacencia, pues se ha encontrado que algunas personas temen ser autocompasivos porque piensan que desarrollarán dichas características mencionadas (Gilbert & Irons, 2005, como se cita en Barnard & Curry, 2011). Así, la autocompasión es diferente de la lástima porque en esta última existe una sobre-identificación con los pensamientos, emociones y vivencias propias, de manera que el individuo pierde el sentido de humanidad compartida, característica de la autocompasión, como si estuviera absorto en su propio sufrimiento (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003). Por otro lado, la autocompasión no generaría egocentrismo debido al componente mencionado de la humanidad compartida, ya que la persona, al reconocer que el sufrimiento es parte del hecho de ser humano, también desarrolla una conexión social reflejada en la predisposición a ser compasivo frente al malestar de los demás (Barnard & Curry, 2011). Por último, la autocompasión es diferente de la autocomplacencia, ya que la primera no implica ignorar las propias limitaciones o fallas, sino contribuye a comprender todo eso con mayor claridad sin juzgarse ni resignarse (Neff, 2003).

La literatura ha demostrado que la autocompasión está relacionada de manera positiva con varios constructos que implican el bienestar psicológico, y negativamente con aquellos que no, por ejemplo, altos niveles de autocompasión se correlacionan con bajos niveles de estrés y sintomatología psicopatológica (Muris & Petrocchi, 2016).

Con respecto a la relación que existe entre la autocompasión y los TCA, el primero cobra relevancia en la dimensión afectiva de estos trastornos, ya que se ha encontrado que la autocompasión promovería una regulación emocional más adaptativa en las personas que padecen de algún TCA, pues las personas que tienen características propias de la autocompasión tienen menos probabilidades de reaccionar de manera impulsiva frente a situaciones adversas o emociones desagradables (Messer et al., 2021).

Entonces, cuando las personas con algún tipo de TCA se enfrentan a situaciones que amenazan los sentimientos de adecuación personal, en este caso eventos que desencadenan pensamientos repetitivos negativos y emociones con valencia negativa relacionados con su imagen corporal y la ingesta de comida, actúan de manera impulsiva frente a dichas autoevaluaciones negativas, y es ahí en dónde cobra relevancia el rol de la autocompasión (Pullmer et al., 2019).

De esa forma, se sabe que las personas con TCA son muy críticas con respecto a su imagen, peso y conducta alimentaria, además, están sujetas a reglas dietéticas rígidas y conductas compensatorias, y estos últimos funcionan como mecanismos a los que recurren dichas personas con bajos niveles de autocompasión cuando aparecen los pensamientos y emociones desagradables mencionados previamente (Pullmer et al., 2019). Es decir, son conductas que generan un alivio temporal a la persona frente a sensaciones incómodas que se caracterizan por una excesiva autocrítica, sobreidentificación o evitación de los pensamientos y vivencia de soledad frente al sufrimiento, lo contrario a una disposición autocompasiva.

Por otro lado, en cuanto a la variable de regulación emocional, si bien ha sido conceptualizada desde múltiples perspectivas, a continuación, se presentan tres de los modelos más influyentes y utilizados para comprender la regulación emocional.

La primera perspectiva teórica es el modelo modal de la regulación emocional de Gross y Thompson (2007). Este modelo describe cinco procesos cognitivos y conductuales que surgen a causa de la interpretación que la persona hace de un evento con significado emocional y que desencadenan el despliegue de determinadas estrategias para regular las emociones: a) selección de la situación (anticipar y escoger contextos que faciliten o eviten emociones), b) modificación de la situación (actuar sobre el entorno o reinterpretar la situación), c) despliegue de la atención (redirigirla hacia o lejos del evento determinado que originó la emoción), d) cambio cognitivo (reevaluación del significado del evento), y e) modulación de la respuesta (influnciar en las reacciones fisiológicas o conductuales, como hacer ejercicio o relajación) (Gross, 2008; Sánchez & Díaz, 2009). Esta perspectiva destaca la interacción entre la atención, cognición y respuesta emocional (Mestre & Guil, 2012, como se cita en Ruesta, 2020).

Posteriormente, Gross (2015) amplió su propuesta con el modelo de proceso extendido, que entiende la regulación como un ciclo dinámico de percepción-valoración-acción. De esta forma, la emoción surgiría de un sistema de valoración primario, mientras que un sistema de segundo nivel se encarga de la evaluación de la experiencia emocional y activa metas para modificar dicha experiencia (Gross, 2015, como se cita en Ruesta, 2020). Este proceso abarca tres fases: identificación (reconocimiento de la emoción), selección (elección de las estrategias) e

implementación (ejecución según el contexto), donde pueden surgir dificultades en la regulación (Gross, como se cita en Ruesta, 2020).

Para la presente la presente investigación, se utilizará el modelo de dificultades en la regulación emocional de Gratz y Roemer (2004), ya que este modelo reúne las principales conceptualizaciones y características de la regulación emocional que se describen en la literatura, además de dar origen a una de las pruebas psicométricas más utilizadas en el ámbito de la investigación sobre regulación emocional: Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS).

Desde hace ya un tiempo, la literatura se ha enfocado en estudiar la regulación emocional, debido a su rol en la presentación de diversa sintomatología de carácter psicológico y comportamientos disfuncionales; no obstante, se carecía de un modelo integrativo que abarque la multidimensionalidad de la regulación emocional, pues algunas propuestas teóricas se enfocaban en el control de la experiencia y expresión emocional; otros enfatizaban en la función que tenía cada emoción y cómo la regulación emocional no implicaba necesariamente el control de las emociones consideradas negativas; mientras que los otros modelos propuestos se centraban en la consciencia o reconocimiento emocional, comprensión de estas emociones y en los objetivos que pretende conseguir la persona al regular sus emociones en un determinado contexto (Gratz & Roemer, 2004; Muñoz et al., 2016).

Teniendo en cuenta ello, Gratz y Roemer (2004) plantearon que la regulación emocional puede ser conceptualizada considerando los siguientes aspectos: a) consciencia y comprensión emocional, que implica la tendencia para prestar atención

y el reconocimiento de las emociones que se experimentan, b) la aceptación emocional, que se refiere a la predisposición para admitir las emociones negativas que puedan surgir en un momento determinado sin hacer esfuerzos para evitarlas, c) la habilidad para el control de los impulsos y comportarse según los objetivos que se quieren lograr cuando se presentan emociones negativas, que hace referencia a la capacidad del individuo para llevar a cabo una tarea y cumplir con un objetivo a pesar de que se esté experimentando una emoción negativa durante una situación adversa, y d) la capacidad para emplear estrategias de regulación emocional de manera flexible que se adecuen a cada situación específica.

De esa forma, la ausencia o déficit de uno o todas esas habilidades sería equivalente a la presencia de dificultades en la regulación emocional o desregulación emocional.

Entonces, la regulación emocional se define como un conjunto de procesos intrínsecos y extrínsecos que, en función de un objetivo, modifican la latencia, intensidad y duración de las emociones (Caqueo et al., 2020; Gross & Thompson, 2007). Además, el desarrollo de las habilidades que son la base para la regulación emocional está relacionado con la maduración de determinadas estructuras cerebrales, que junto con el contexto en el cual se encuentra el sujeto, dan a lugar a que la persona logre distintos niveles de organización a nivel fisiológico, cognitivo y conductual que permitirán la regulación emocional (Martin & Ochsner, 2016; Sabatier et al., 2017).

En la literatura, se identifican tres postulados básicos acerca de la regulación emocional: en primer lugar, las emociones por sí mismas cuentan con propiedades

autorregulatorias, ya que el mantenimiento de una emoción conlleva una carga de energía cognitiva y física importante (p.ej., una persona que se enoja porque no logró obtener el trabajo que deseaba, volverá a la normalidad posteriormente de manera natural, pues la ira tiene una carga energética alta); en segundo lugar, la intensidad de cada emoción ocasiona que el individuo o bien se movilice o se paralice, por lo que una conducta de evitación o acercamiento frente a un evento con significado emocional puede cambiar las dimensiones de la emoción al modificar la experiencia (p.ej., un estudiante que siente ansiedad frente a un examen puede sentir mayor motivación para estudiar a causa de esa ansiedad, lo que generará que su emoción disminuya); por último, las estrategias de regulación emocional, de cualquier naturaleza, generan un cambio en la emoción que ese está experimentando (p.ej., un alumno que siente vergüenza al exponer delante de sus compañeros puede evitar esa situación y así ya no sentir vergüenza) (Gómez & Calleja, 2016).

De esa forma, la regulación emocional abarca un proceso amplio, en el cual suceden a la vez, subprocesos de distinta naturaleza para modular la emoción con la finalidad de que la persona alcance un objetivo que está definido por la situación del momento y las motivaciones personales.

Se ha encontrado en diversas investigaciones que niveles óptimos de regulación emocional favorecen el bienestar psicológico, mejores relaciones y salud física, mientras que las dificultades en la regulación emocional se vinculan con la presencia de depresión, ansiedad crónica, consumo problemático de sustancias y sufrimiento psicológico en general (Caqueo et al., 2020; Kneeland et al., 2016; Sabatier et al.,

2017). Así, la desregulación emocional tendría un papel central en el origen y mantenimiento del sufrimiento psicológico, de manera que las personas que presentan sintomatología psicopatológica realizarían menos intentos para regular sus emociones y/o estos serían limitados o poco adaptativos (Kneeland et al., 2016). Por ende, la regulación emocional ha sido considerada como un factor de riesgo transdiagnóstico implicado en múltiples trastornos psicológicos, entre los cuales están los TCA (Prefit et al., 2019).

Con respecto al rol de la regulación emocional en los TCA, se ha demostrado que las personas que padecen de un TCA muestran mayores dificultades en la regulación emocional en contraste con las personas que no lo padecen (Ruscitti et al., 2016). Así, los patrones disfuncionales de la ingesta de alimentos, como los atracones, las purgas y la restricción de alimentos, serían esfuerzos para regular las emociones consideradas desagradables (Mallorquí et al., 2017; Prefit et al., 2019). En adición, las investigaciones sugieren que las personas con TCA les prestan menos atención a sus emociones, lo que hacen que sean menos conscientes de estas, además de que tienen dificultades para identificarlas, presentan poca claridad emocional y tienden a no aceptar las emociones negativas (Mallorquí et al., 2017; Prefit et al., 2019). Todos ellos aspectos fundamentales para lograr la regulación emocional.

Se ha encontrado diferencias en las dificultades en la regulación emocional en función del tipo de TCA, pues las personas con anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN) presentan dichas dificultades en áreas específicas de la regulación emocional, como el logro de metas cuando se experimenta la ira, reacciones impulsivas

ante el malestar emocional, entre otras, a comparación de aquellos que presentan un trastorno por atracón (TA) (Ruscitti et al., 2016).

Con respecto a los TCA, existen diferentes enfoques que explican el desarrollo de los mismos, y consideran las variables que pueden desencadenar y mantener esta patología. A continuación, se mencionarán algunos de estos modelos:

En primer lugar, se encuentra el modelo biomédico, el cual plantea que los TCA tienen un origen primordialmente biológico, por lo que sostiene que la aparición de dichos trastornos se relaciona con alteraciones en neurotransmisores como la serotonina, cuya variación está asociada con sensaciones de hambre o saciedad (Rome & Strandjord, 2016). Además, se ha encontrado que la heredabilidad de estos trastornos oscila entre un 28% a 74% en el caso de la anorexia, entre 54% a 83% en lo que respecta a la bulimia, y entre el 41% a 57% en los casos del trastorno por atracón, lo que indica que la genética responde a casi la mitad de la variabilidad en la vulnerabilidad de adquirir un TCA (Thornton et al., 2011, como se cita en Mayhew et al., 2018).

El modelo biomédico contribuye al poner de manifiesto las características internas físicas de la persona que pueden aumentar o disminuir su vulnerabilidad frente a un TCA; no obstante, es importante tener en cuenta otros factores además de los biológicos, que influyen en la aparición y el mantenimiento de los TCA.

Otro de los modelos explicativos de los TCA es el modelo psicodinámico que plantea que los TCA pueden originarse a partir de determinadas dinámicas familiares tempranas. Por ejemplo, vínculos absorbentes y de dependencia entre madre e hija se han asociado con el desarrollo de anorexia (Díaz & Cruzat, 2009, como se cita en

Aravena, 2016). Aravena (2016) añade que la ausencia de diferenciación entre madre e hija puede generar dificultades de identidad que favorecen la sintomatología. Finalmente, se agrupan las teorías psicodinámicas sobre los TCA en tres categorías: a) conflictos intrapsíquicos entre el yo, ello y superyó, b) expresiones simbólicas de representaciones objetales, y c) déficits del *self* que originan sensaciones de vacío, donde los síntomas cumplen una función de vitalización (Fontalvo, 2020).

Desde el modelo cognitivo-conductual de Garner y Bemis (1982), se explica que la anorexia se mantiene inicialmente por reforzamiento positivo (experimentación de placer por la pérdida de peso) y luego por reforzamiento negativo (evitación de la ansiedad vinculada al acto de comer). Posteriormente, Williamson et al. (2004) ampliaron este enfoque e identificaron componentes centrales, como las preocupaciones excesivas sobre el cuerpo, distorsiones cognitivas (p.ej., sobregeneralización), atracones con fuerte carga emocional, conductas compensatorias (p.ej., ayuno, purgas, ejercicio excesivo), y factores psicológicos de riesgo como el perfeccionismo, miedo a subir de peso y el pensamiento obsesivo.

En la presente investigación, se utilizará el modelo Biopsicosocial de Garner en lo que respecta a la variable de los trastornos de conducta alimentaria. Este modelo considera a los TCA como patologías multifactoriales que surgen de la interacción de tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (Garner, 1993, como se cita en Fontalvo, 2020).

Los factores predisponentes son aquellas características y eventos que hacen que hacen que la persona se vuelva más vulnerable a desarrollar la patología. Entre

estos factores se encuentran variables de tipo individual (p.ej., depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, dificultades emocionales, distorsiones cognitivas, imagen corporal, genética, etc.), de tipo familiar (p.ej., relación ambivalente con la madre y un rol pasivo por parte del padre en la familia) y cultural (p.ej., el estigma relacionado con el sobrepeso u obesidad, presión social sobre las mujeres para hacer dietas, etc.) (Garner, 1993, como se cita en Fontalvo, 2020).

Luego, se encuentran los factores precipitantes que son aquellos que pueden desencadenar la aparición de la patología (p.ej., las dietas restrictivas e inseguridad pueden inducir anorexia en personas que ya presentan alguna vulnerabilidad, o la sintomatología puede surgir a falta de habilidades de afrontamiento apropiadas frente a cambios significativos en la vida, como la pubertad o entrar a la universidad) (Garner, 1993, como se cita en Fontalvo, 2020).

También están los factores de mantenimiento que son los que contribuyen a que la patología persista e impiden la recuperación de la persona (p.ej., la inanición, patrones de interacción familiar que pueden reforzar la sintomatología, etc.) (Garner, 1993, como se cita en Fontalvo, 2020).

De esa forma, el modelo propuesto por Gardner comprende una forma más integral a los TCA, ya que considera cómo características, eventos y situaciones de distinta naturaleza pueden influir en la aparición de un TCA, lo que contribuye a una mejor comprensión y, por ende, tratamiento de estos trastornos.

En cuanto a su definición entonces, los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen conjunto de alteraciones psicopatológicas multicausales, crónicas y

graves que tienen como característica principal un patrón disfuncional en la ingesta de comida que se deriva de un deseo o impulso psíquico de la persona en lugar de necesidades biológicas, además, tienen múltiples consecuencias negativas, que pueden ser emocionales, cognitivas, sociales y físicas, por lo que llevan a un deterioro en diferentes ámbitos de la vida de la persona (Duarte & Mendieta, 2019; Méndez et al., 2008; Ponce et al., 2017).

Actualmente, en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), los trastornos de conducta alimentaria mejor caracterizados son los siguientes: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), los cuales son denominados los trastornos de conducta alimentaria más frecuentes y reconocidos (Galmiche et al., 2019). A continuación, se describen cada uno de estos:

La anorexia nerviosa (AN) tiene como característica principal una severa restricción calórica, debido a que la persona presenta una imagen corporal distorsionada y tiene miedo a aumentar de peso, por lo que realiza comportamientos para evitarlo (Barreto, 2019; Rome & Strandjord, 2016). Además, existen dos subtipos dentro de la anorexia nerviosa (AN): a) el subtipo restrictivo, en el cual la persona reduce de manera excesiva la ingesta de alimentos y realiza ejercicio intenso para evitar aumentar de peso, y b) el subtipo con atracones/purgas, donde existen no solo comportamientos restrictivos, sino que también están presentes los episodios de un consumo excesivo de alimentos ricos en grasas o azúcares seguidos de conductas purgativas (atracones), así como vómitos provocados por uno mismo, consumo abusivo

de laxantes, diuréticos o enemas (Barreto, 2019).

En el DSM-5, se modifican los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa de manera que se adaptan a un grupo más amplio de personas. Así, a diferencia de los criterios diagnósticos planteados en el DSM-4, en la versión más reciente, la amenorrea no está incluida como condición, lo que genera que se amplie la aplicabilidad del diagnóstico a varones, mujeres que aún no han tenido la menstruación y a mujeres posmenopáusicas (Rome & Strandsjord, 2016). No obstante, cuando existe una sospecha acerca de un posible caso de anorexia, entre los aspectos que deben ser tomados en cuenta en la historia clínica se encuentra la amenorrea, además de otros aspectos, como el índice de masa corporal (IMC), el cual debe cumplir con los estándares establecidos para la persona según su sexo y edad, el deseo de bajar de peso sin presentar un exceso en este, episodios repetitivos de vómitos y/o síntomas digestivos, pacientes con signos de desnutrición y niños que presentan un retraso en su crecimiento (Gómez et al., 2018).

Por otro lado, se encuentra la bulimia nerviosa (BN) que tiene como principal característica la presencia de atracones y comportamientos compensatorios disfuncionales, mencionados previamente, que se realizan con la finalidad de evitar aumentar de peso, además, la distorsión en la imagen corporal y la preocupación en el peso presentes aquí influyen en la autoevaluación de la persona (Bragado, 2021; Perurena, 2019). Cabe recalcar que los atracones son episodios en los cuales se produce una ingesta elevada de alimentos, diferentes de los hábitos alimenticios normales, que vienen acompañados de una sensación de pérdida de control sobre lo que se está

consumiendo (Bragado, 2021).

Con respecto a la bulimia nerviosa en el DSM-5, la presencia de los atracones y las conductas compensatorias debe ser recurrente y tener el propósito de evitar subir de peso, además, a diferencia de las personas con anorexia nerviosa y atracones y purgas, los pacientes con bulimia pueden tener un peso normal o superior a este (Rome & Strandjord, 2016). Asimismo, la modificación más importante que se ha realizado en los criterios diagnósticos de este trastorno es la disminución de la frecuencia de los episodios de atracones y purgas, pues paso de un requerimiento de un promedio de dos veces por semana a un promedio de una vez por semana durante tres meses (Rome & Strandjord, 2016).

En tercer lugar, se encuentra el trastorno por atracón (TA), que se caracteriza por episodios reiterativos de atracones en un periodo corto de tiempo, pero a diferencia de la bulimia nerviosa, en este trastorno no se presentan conductas compensatorias que se ejecutan para evitar ganar peso (Erskine & Whiteford, 2018; Hilbert, 2019). Durante los atracones, la persona come más rápido de lo normal hasta el punto de sentir una sensación de llenura incómoda, y el hambre no es lo que motiva a comer en dichos episodios (Wassenaar et al., 2019). Además, los episodios de atracones vienen acompañados de sentimientos de pérdida de control, ansiedad y culpa, de manera que las personas que sufren de este trastorno pueden llegar a comer solas por vergüenza y sentir angustia y disgusto con uno mismo después del atracón (Erskine & Whiteford, 2018; Wassenaar et al., 2019).

En lo que respecta a las características del trastorno de atracón (TA) en el DSM-5, este fue separado del grupo de trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE) para ser incluido, en la nueva versión, como un diagnóstico independiente, además, la frecuencia de los atracones se redujo a un promedio de una vez por semana durante tres meses (Rome & Strandjord, 2016).

Por otro lado, también se encuentran otros tipos de trastornos de conducta alimentaria. Esta categoría abarca formas atípicas como anorexia nerviosa atípica, bulimia de baja frecuencia, trastorno por atracón de duración limitada, síndrome de ingesta nocturna, entre otros (Galmiche et al., 2019; Rome & Strandjord, 2016).

En el presente trabajo de investigación, se detallarán las características psicológicas presentes en los TCA, y que fueron planteadas por Garner y Garfinkel (1979) en su propuesta de un instrumento (Test de actitudes alimentarias) para evaluar el riesgo de padecer un TCA, específicamente anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN). Así, las características psicológicas son aquellas actitudes y conductas con respecto a la alimentación, el peso y la figura corporal. A continuación, se detallan estas:

**Preocupación por la comida:** Se refiere al hecho de que la persona focaliza constantemente su atención en aspectos como la alimentación y cambios en el peso y en el apetito, lo cual está acompañado de una sensación de malestar y culpa (Djalev & Yordanov, 2019).

**Imagen corporal con tendencia a la delgadez:** Este rasgo consiste en la presencia de una actitud negativa dirigida hacia el propio cuerpo, especialmente hacia

determinadas partes de este como los muslos, caderas, glúteos y abdomen (Garner et al., 1983; Heider et al., 2018; Rutzstein et al., 2020). Es producto de que la persona percibe una discrepancia entre la imagen corporal real, que abarca las percepciones, pensamientos y sentimientos relacionados con la apariencia física real, y la imagen corporal ideal, referida a las imágenes ideales que ha internalizado la persona sobre la apariencia física (Heider et al., 2018). Por ello, la persona realizará conductas restrictivas o compensatorias para mantenerse delgada e incluso puede llegar a tener un peso por debajo de lo adecuado según su talla y edad.

**Conductas bulímicas:** Se refiere a la tendencia de pensar en llevar a cabo atracones y ejecutarlos, seguidos por un impulso a inducirse el vómito (Garner et al., 1983; Rutzstein et al., 2020). Además, se presentan comportamientos compensatorios en respuesta a dichos atracones (p.ej., purgas, ejercicio excesivo, ayuno, etc.), y existe una sobreestimación de la importancia del peso y la forma corporal (Wade, 2019).

**Dieta o restricción alimentaria:** Hace referencia a una forma de alimentación, en la cual se consumen alimentos de naturaleza dietética, de manera que se evita el consumo de alimentos altos en carbohidratos y azúcar (Djalev & Yordanov, 2019). Asimismo, la persona ejerce excesivo autocontrol sobre su alimentación caracterizado por el conocimiento de contenido calórico de lo que come, además de la motivación para alcanzar y mantener un peso reducido (Djalev & Yordanov, 2019).

**Conductas compensatorias:** Estos comportamientos son característicos de los trastornos de conducta alimentaria, y la persona los realiza con la finalidad de evitar el aumento de peso al realizar una conducta alimentaria percibida como no saludable

(p.ej., ingerir carbohidratos), por lo que aquí se incluyen conductas como el ejercicio excesivo, el ayuno, vómitos autoinducidos y el consumo excesivo de laxantes y diuréticos (Bruening & Pérez, 2019).

**Comer a escondidas:** Se refiere al hecho de que la persona se oculta de los demás al momento de comer, y en adición a ello, también puede ocultar la evidencia del acto (Lydecker & Grilo, 2019). Esta conducta está relacionada con la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria (Lydecker & Grilo, 2019).

**Presión social percibida para aumentar de peso:** Esta característica se refiere a la percepción de la persona sobre la opinión de su entorno en cuanto a sus hábitos y preferencias alimenticias, y el malestar que le genera ello (Djalev & Yordanov, 2019).

En cuanto a las consecuencias de los TCA, estas conllevan consecuencias médicas y psicológicas. A nivel físico, se reportan complicaciones reproductivas, óseas, cardiovasculares, gastrointestinales, inmunológicas y dermatológicas (Peebles & Sieke, 2019; Wolff & Treasure, 2008). A nivel psicológico, se observan ansiedad, depresión, ideación suicida, sentimientos de culpa y aislamiento, además de déficits en la memoria, flexibilidad cognitiva y concentración debido a la preocupación excesiva por la alimentación (Goldstein & Gvion, 2019; Wolff & Treasure, 2008). Estas consecuencias varían según el tipo de TCA, la gravedad, la comorbilidad y otras características particulares de cada caso.

Con respecto a las características de la muestra de la presente investigación, los participantes pertenecen al periodo de la adultez emergente. Así, Arnett et al. (2014) menciona que esta etapa se caracteriza porque la persona tiene la sensación de

encontrarse “entre etapas”, ya que atraviesa inestabilidad por diversas transiciones, como el ingreso a la universidad, la adquisición progresiva de la independencia, búsqueda y definición de valores y exposición a nuevos tipos de relaciones sociales. De esa forma, la conceptualización de la adultez emergente para el presente estudio se sustenta sobre un enfoque más experiencial planteado por Arnett et al. (2014), pues permite ubicar a los participantes dentro de un marco que considera las demandas específicas del contexto universitario y los cambios psicosociales de este periodo.

Una vez que se han conceptualizado las tres variables de estudio y la muestra del estudio, se presentan las investigaciones en torno al problema que se ha investigado.

En primer lugar, se encuentra la investigación correlacional de Alvear et al. (2021), que tuvo los objetivos de examinar la relación entre la apreciación corporal, internalización del sesgo del peso y los estilos de alimentación, así como comprender el papel de la autocompasión sobre la apreciación corporal. La muestra estuvo compuesta por 837 adultos del país de Chile entre 18 y 65 años. Con relación a los instrumentos utilizados, se aplicaron un cuestionario de patrones alimenticios, una escala de alimentación intuitiva, una escala de apreciación corporal, una escala que evalúa la internalización del sesgo del peso y la escala de autocompasión. Los resultados, mediante un análisis de regresión múltiple y mediación, demostraron que la apreciación corporal y la internalización del sesgo del peso predecían los estilos de alimentación emocional, externo y restrictivo. Además, se halló que la autocompasión actuaba como variable mediadora entre la internalización del sesgo del peso y la apreciación corporal, lo que indica que mayores niveles de autocompasión reducen el

impacto del sesgo del peso en la devaluación sobre el propio cuerpo.

En segundo lugar, Maldonado y Nazar (2021) llevaron a cabo una investigación descriptiva- correlacional que tuvo como objetivo analizar la relación entre la apreciación corporal, autocompasión, patrones de alimentación maladaptativos y la alimentación intuitiva en mujeres jóvenes. La muestra la conformaron 740 mujeres de Chile que tenían entre 18 y 30 años. Los instrumentos utilizados fueron una escala de apreciación corporal, la escala de autocompasión, un cuestionario sobre patrones de alimentación y una escala de alimentación intuitiva. Los resultados obtenidos demostraron que la apreciación corporal y la autocompasión están relacionadas de manera positiva con la alimentación intuitiva, y de manera negativa con la alimentación emocional; no obstante, se encontró que la autocompasión no está relacionada con la alimentación restrictiva. Asimismo, se halló que la autocompasión cumplió un rol moderador en la relación entre la apreciación corporal y la alimentación intuitiva, emocional y externa, pero ello no sucedió con la alimentación restrictiva.

Por otra parte, Hessler et al. (2020) realizaron un estudio de tipo experimental, el cual tuvo como objetivo comparar el efecto del mindfulness, la autocompasión y la reestructuración cognitiva en la regulación emocional y la sintomatología de los TCA en personas con bulimia nerviosa. La muestra la constituyeron 48 mujeres entre los 18 y 47 años de Alemania que cumplían los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa. Los resultados demostraron que las estrategias contextuales (mindfulness y autocompasión) fueron más eficaces que la reestructuración cognitiva en lo que respecta a la regulación emocional. Además, la autocompasión fue más eficaz que la

reestructuración cognitiva para regular las emociones en aquellos pacientes que presentaban comorbilidad con otros trastornos mentales; ello indica que las estrategias del enfoque contextual, sobre todo la autocompasión, se muestran más eficaces que la reestructuración cognitiva para favorecer la regulación emocional a corto plazo en personas con bulimia nerviosa dentro de un contexto experimental.

Por otro lado, Turk y Waller (2020) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de la literatura sobre el rol de la autocompasión en la psicopatología y tratamiento de los TCA. En el metaanálisis, se trabajó con 59 investigaciones. Se encontró que altos puntajes de autocompasión estaban asociados con menores niveles de sintomatología de los TCA y también con menores niveles de preocupación acerca de la imagen corporal con tamaños de efecto medios a grandes. En adición, las intervenciones basadas en la autocompasión para tratar los TCA y la imagen corporal demostraron ser efectivas y superiores a comparación de los resultados con los grupos control. Así, los autores concluyeron que tener en cuenta el rol de la autocompasión es fundamental para comprender la psicopatología de los TCA y las preocupaciones relacionadas a la imagen corporal, pues promovería una regulación emocional adaptativa en presencia de este tipo de trastornos.

Luego, Meyer y Leppma (2019) analizaron la relación entre mindfulness, autocompasión, regulación emocional y los trastornos alimentarios con la finalidad de proponer un modelo de potenciales factores protectores contra el desarrollo y mantenimiento de los TCA en universitarios. La muestra se conformó por 100 estudiantes entre los 18 y 52 años de una universidad en Estados Unidos. Como

instrumentos, se utilizaron un cuestionario de cinco facetas de mindfulness, la escala de autocompasión de Neff, la escala de dificultades en la regulación emocional y una prueba de actitudes alimentarias. Los resultados sobre el modelo propuesto indican que niveles altos de atención plena y autocompasión disminuyen las dificultades en la regulación emocional, lo que a su vez disminuye la presencia de los TCA. En adición, se encontró que las dificultades en la regulación emoción mediaron parcialmente la relación existente entre la autocompasión y la sintomatología de los TCA.

Por otra parte, Gouveia et al. (2019) examinaron si la relación entre el mindfulness, la autocompasión y la alimentación emocional estaba mediada por las dificultades en la regulación emocional. La muestra la constituyeron 245 adolescentes entre los 12 y 18 años de Portugal que presentaban sobrepeso u obesidad bajo un tratamiento nutricional o no. Los instrumentos utilizados fueron una escala de mindfulness para niños y adolescentes, la versión reducida de la escala de autocompasión de Neff, la versión reducida de la escala de dificultades en la regulación emocional y la subescala de Alimentación Emocional de un cuestionario de patrones alimenticios. En conclusión, los resultados indicaron que, independientemente de estar bajo un tratamiento nutricional o no, las dificultades en la regulación emocional mediaron la relación entre el mindfulness y la alimentación emocional, y entre la autocompasión y alimentación emocional. Además, niveles altos de mindfulness y autocompasión se relacionaron con niveles bajos en dificultades en la regulación emocional, lo que a su vez se asoció con niveles menores de alimentación emocional.

Por otro lado, Pinto et al. (2019) realizaron una investigación que tuvo dos

objetivos principales: explorar la eficacia de un programa psicoeducativo basado en un enfoque contextual como intervención para el trastorno por atracón (TA), y explorar qué procesos psicológicos median los cambios terapéuticos en los atracones y la psicopatología alimentaria después de la intervención. Los participantes de la investigación fueron 31 mujeres entre los 18 y 55 años que cumplían los criterios diagnósticos para el trastorno por atracón y sobrepeso u obesidad. Entre las pruebas que utilizaron, se encuentra la escala de autocompasión de Neff, un cuestionario de cinco facetas de mindfulness y una escala de trastorno de atracón. Como resultados, se obtuvo que los participantes presentaron una disminución en los atracones y la psicopatología alimentaria. En cuanto a los procesos psicológicos que subyacen los cambios terapéuticos, hubo una disminución significativa de la rigidez psicológica, la vergüenza externa y la autocrítica, además de un aumento en la autocompasión, autoconfianza y atención plena o mindfulness.

Hopkins (2016) realizó una investigación que tuvo dos objetivos: 1) analizar el impacto de formas específicas de la vergüenza en la gravedad de conductas alimentarias de riesgo específicas en mujeres que presentaban conductas restrictivas o comportamientos compensatorios o ambos, y 2) examinar si la autocompasión y la regulación emocional mediaban la relación entre dichas formas específicas de vergüenza y la gravedad de las conductas alimentarias de riesgo. La muestra estuvo compuesta por 518 mujeres entre los 17 y 69 años. Entre los instrumentos utilizados, se encuentran un cuestionario de trastornos alimentarios, la escala de Autocompasión y el cuestionario de sentimientos personales difíciles. Se obtuvo que la regulación

emocional medió parcialmente la relación entre la vergüenza relacionada con la comida y la gravedad de los atracones/purgas; sin embargo, ninguna otra relación significativa entre tipos específicos de vergüenza y la gravedad de los trastornos alimentarios estuvo mediada por la regulación emocional o la autocompasión.

Por todo lo mencionado, la justificación del presente estudio radicó en que, a nivel teórico, aportó información empírica sobre el estado actual de los trastornos de conducta alimentaria en la población universitaria, una población en la que los datos de prevalencia aún son escasos a nivel nacional. Además, permitió comprender el papel de las dimensiones de la autocompasión y las dimensiones de la regulación emocional en la predicción de características psicológicas de un TCA, lo que coincide con investigaciones previas que señalan a estas variables como factores centrales en la aparición y mantenimiento de dichas características (Turk & Waller, 2020). Este aporte favorece un abordaje más integral de los TCA y de las consecuencias que conllevan en la salud psicológica de los estudiantes universitarios, población considerada vulnerable frente a diversas alteraciones psicológicas (McCabe et al., 2019; Potterton et al., 2020; Tavoracci et al., 2020).

En el nivel metodológico, la presente investigación constituyó un referente para futuras investigaciones en el contexto peruano, dado que existe una cantidad limitada de literatura a nivel nacional sobre la relación entre estas tres variables. Asimismo, los hallazgos pueden servir como punto de partida para investigaciones cualitativas y longitudinales que permitan esclarecer la relación y evolución de esta relación entre autocompasión, regulación emocional y TCA a lo largo del tiempo y en distintas etapas

del ciclo vital.

A nivel práctico, los resultados de esta investigación proporcionaron evidencia útil para que las instituciones de educación superior diseñen programas de prevención de TCA basados en el fortalecimiento de la autocompasión y la regulación emocional. De igual forma, los hallazgos contribuyen al mejoramiento de los servicios de consejería y orientación psicológica, ya que permitieron identificar dimensiones de dichas variables que pueden funcionar como recursos y estrategias que promuevan el bienestar psicológico de los estudiantes, alineándose con recomendaciones internacionales para la promoción de la salud mental universitaria.

Entonces, el objetivo general de la presente investigación es determinar la medida en que las dimensiones de la autocompasión y regulación emocional predicen las características psicológicas de los TCA en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Los objetivos específicos de la presente investigación fueron determinar la relación entre las dimensiones de la autocompasión y las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria, determinar la relación entre las dimensiones de regulación emocional y dichas características, y comparar la autocompasión, regulación emocional y características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria según el sexo.

La hipótesis general de la investigación es que las dimensiones de la autocompasión y regulación emocional predicen las características psicológicas de los TCA en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.

## **METODOLOGÍA**

### **1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

En primer lugar, el nivel de la presente investigación es básico porque su propósito fue generar nuevos conocimientos sobre un fenómeno sin producir cambios en la realidad existente (Ñaupas et al., 2018). Asimismo, la presente investigación fue no experimental de tipo transversal o transeccional, pues no se manipuló ninguna variable y los datos serán obtenidos en un momento único (Hernández & Mendoza, 2018).

Considerando el objetivo propuesto, el diseño que se empleó es el denominado por Ato et al. (2013), predictivo transversal mediante el cual el objetivo es determinar el grado en que determinadas variables respecto de una variable criterio. Lo que se entiende en este caso como predicción consiste en la estimación del valor de la variable criterio en función de los valores de las variables predictoras.

## **2. PARTICIPANTES**

Para el presente estudio, la población estuvo conformada por estudiantes universitarios de entre 18 y 25 años matriculados en el ciclo 2024-II en la Unidad de Formación Básica Integral de una universidad de Lima Metropolitana.

Con el propósito de calcular el tamaño de la muestra, se utilizó la calculadora de Soper (2023) para modelos de regresión lineal múltiple, considerando un tamaño de efecto de 0.15, un poder estadístico de 0.85, 11 predictores y un nivel de significancia de 0.05. De esta manera, se determinó que el número mínimo recomendando de participantes era de 135.

El método de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que los estudiantes fueron elegidos en función a su disponibilidad y accesibilidad del investigador (Hernández et al., 2014). De esa forma, la muestra la conformaron aquellos estudiantes que acudieron el día de aplicación de las pruebas psicométricas.

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron: (a) tener entre 18 y 25 años, (b) estar matriculado en el ciclo 2024-II en la Unidad de Formación Básica Integral, y (c) aceptar voluntariamente participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

Respecto a los criterios de exclusión, se establecieron: (a) presentar malestar emocional significativo reportado durante la aplicación de los instrumentos y (b) no responder en su totalidad los ítems de los instrumentos aplicados.

### 3. INSTRUMENTOS

A continuación, se detalla cada instrumento y la variable respectiva que se midió.

En primer lugar, se utilizó una ficha de datos sociodemográficos que recogió información sobre las características de los participantes, específicamente información sobre el sexo, edad y ciclo de estudios al momento de aplicación de los instrumentos.

Para medir la Autocompasión, se utilizó la escala de Autocompasión o *Self-Compassion Scale* (SCS) que fue elaborada originalmente por Neff (2003), y se basa en la conceptualización de la autocompasión que plantea la misma autora. Este instrumento puede ser aplicado de manera individual y colectiva en un tiempo de 15 minutos aproximadamente. Además, el instrumento cuenta con 26 ítems distribuidos en seis dimensiones: auto amabilidad, autojuicio, humanidad compartida, aislamiento, consciencia plena y sobre- identificación o evitación. Con respecto a la medición de la escala en general y de las dimensiones en específico, la evaluación corresponde al puntaje de los 26 ítems de escala tipo Likert con cinco puntos, que van desde 1= casi nunca hasta 5= casi siempre, y el resultado se obtiene mediante el promedio de las respuestas en función al puntaje total y por cada dimensión, de manera que un promedio que va desde 1 a 2.5 denota poco nivel de autocompasión o de la dimensión específica, un puntaje de 2.5 a 3.5 significa un nivel moderado, y un puntaje entre 3.5 y 5 señala un nivel alto (Ardela & Olivas, 2019).

En lo que respecta a las propiedades psicométricas, en la presente investigación,

se utilizó la versión de Pastorelli y Gargurevich (2018), quienes analizaron las propiedades psicométricas de la adaptación española por García (2014), en 315 estudiantes universitarios de Lima. En el análisis factorial confirmatorio, se obtuvo que el modelo conformado por 6 factores mostraba los mejores índices de ajuste (CFI=0.94, SRMR= 0.073, RMSEA= 0.073) a comparación de los otros modelos; en cuanto a la confiabilidad, el alfa de Cronbach osciló entre 0.66 y 0.78 para las dimensiones, lo cual significa que la consistencia interna fue adecuada. De esa forma, la adaptación de la prueba en estudiantes universitarios demuestra evidencias de validez y confiabilidad para su aplicación (Pastorelli & Gargurevich, 2018).

Para medir la regulación emocional, se empleó la escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS por sus siglas en inglés) que fue desarrollada por Gratz y Roemer (2004), y tiene como base teórica al modelo de regulación emocional que plantean dichos autores y que integra los aspectos teóricos más relevantes de la literatura sobre regulación emocional. Esta prueba puede ser aplicada de manera individual y grupal en un tiempo de 20 minutos, pero este puede variar. Asimismo, cuenta con 35 ítems divididos en las siguientes dimensiones: dificultades en el control de impulsos, falta de aceptación emocional, falta de consciencia emocional, interferencia en conductas y falta de claridad emocional (Magallanes & Sialer, 2019). En relación con la evaluación de los resultados, estos se obtienen mediante la calificación del puntaje en cada dimensión y un puntaje global que incluye a los 35 ítems de escala tipo Likert con cinco puntos, que van desde 1= casi nunca hasta 5= casi siempre, de manera que el puntaje total va de 0 a 180, donde las puntuaciones más altas

indican mayores dificultades en la regulación emocional (Magallanes & Sialer, 2019).

Con relación a las propiedades psicométricas del instrumento empleado para la ejecución de esta investigación, se utilizó la adaptación peruana de la escala realizada por Magallanes y Sialer (2019), quienes tradujeron al castellano y analizaron las propiedades psicométricas de la versión original de Gratz y Roemer (2004), en una muestra constituida por 253 estudiantes universitarios de las carreras de la salud que tenían entre 18 y 25 años. Con respecto a la validez de constructo, en el análisis factorial exploratorio se obtuvieron 5 factores, a diferencia de la propuesta original donde se obtuvo 6, conformados por las dimensiones de dificultades en el control de impulsos, falta de aceptación emocional, falta de consciencia emocional, falta de claridad emocional e interferencia en conductas, y que explicaban el 44.96% de la varianza total. En lo que respecta a la confiabilidad, los puntajes de los coeficientes de consistencia interna fueron adecuados: el alfa de Cronbach osciló entre 0.72 y 0.86, mientras que el coeficiente omega de McDonald osciló entre 0.74 y 0.87. De esa forma, la escala DERS es apta para su aplicación en estudiantes universitarios debido a que cuenta con evidencias psicométricas.

Para medir las características psicológicas de los TCA, se empleó el cuestionario de actitudes alimentarias o EAT 26 que fue elaborado por Garner et al. (1982) con la finalidad de detectar la presencia de características propias de trastornos de conducta alimentaria, como anorexia y bulimia nerviosa en muestras no clínicas de alto riesgo. Es una abreviación del EAT-40, que consta de 7 dimensiones y 40 reactivos (Garner et al., 1982).

Este instrumento puede ser aplicado de manera individual y grupal en un tiempo de 15 minutos aproximadamente. Cuenta con 26 ítems que se encuentran distribuidos en 3 factores: dieta (que incluye a los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25), bulimia y preocupación por la comida (que incluye a los ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26) y control oral (que incluye a los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20) (Jara, 2020). Con respecto al puntaje, este se obtiene mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los 26 ítems que son de tipo Likert, y que constan de alternativas que miden la frecuencia del contenido del ítem en una escala que va desde la opción “nunca” hasta “siempre”, específicamente, la puntuación de cada reactivo es de 3, 2, 1, 0, 0 en dirección positiva, donde “siempre” equivale a 3, “casi siempre” equivale a 2, “a veces” equivale a 1, “casi nunca” equivale a 0 y “nunca” también equivale a 0, a excepción del ítem 25, el cual se puntúa en una dirección opuesta, pues el puntaje va de 0, 0, 1, 2 y 3, donde “nunca” equivale a 3, “casi nunca” equivale a 2, “a veces” equivale a 1, “casi siempre” equivale a 0 y “siempre” también equivale a 0 (Jara, 2020).

Además, el puntaje total se divide en tres niveles o rangos, donde una puntuación menor o igual a 8 indica un nivel bajo; una puntuación menor o igual a 19 señala un nivel medio; y una puntuación mayor o igual a 21 indica un nivel alto que implica el hecho de que se realice una evaluación más específica al evaluado; por otra parte, para la evaluación individual, se trabaja con los factores, donde un puntaje alto en las subescalas de dieta y control oral indica la posibilidad de que la persona está en riesgo de padecer una anorexia, mientras que si la persona obtiene un puntaje alto en las subescalas de bulimia y preocupación por la comida y un puntaje menor en control oral, indicaría el riesgo de padecer bulimia (Jara, 2020).

En relación con las propiedades psicométricas del instrumento utilizado en la presente investigación, se empleó la adaptación peruana del instrumento de Jara (2020), quien realizó un análisis de las propiedades psicométricas de la versión española del EAT – 26 de Gandarillas et al. (2003), en una muestra peruana conformada por 497 estudiantes universitarios de Trujillo que tenían entre 17 a 42 años. En lo que refiere a la validez, la autora evaluó la validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio, donde se obtuvieron índices de ajuste adecuados, como  $\chi^2 / gl = 1.68$ ; NFI Y RFI= 0.91 y 0.90 respectivamente; PNFI= 0.93, entre otros. Finalmente, en el análisis de la confiabilidad, se utilizó el coeficiente omega para evaluar a la escala total y a las subescalas, donde se obtuvo un coeficiente de 0.90 para la prueba total; 0.87 para la escala de dieta; 0.55 para la escala de bulimia y preocupación por la comida; y un coeficiente de 0.63 para la subescala de control oral.

#### **4. PROCEDIMIENTO**

En primer lugar, se registró el proyecto en SIDISI, se solicitó la aprobación de la Unidad de Investigación de la Facultad de Psicología y, posteriormente, se solicitó la aprobación al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para la aplicación de la investigación. Cabe recalcar que antes de solicitar el permiso al Comité de ética, se presentó una solicitud formal a la institución privada, en la cual se detalló la naturaleza del presente estudio, el proceso por el cual se seleccionó a la muestra, metodología de aplicación de los instrumentos y las consideraciones éticas, para de esa forma obtener el permiso debido.

Luego de que se obtuvo la aprobación de las autoridades de la institución y la autorización del Comité de Ética, se pasó al muestreo, para lo cual, primero, se coordinó con el área operativa de la universidad privada todos los aspectos relacionados con la aplicación de las pruebas, como los horarios, lugares, número de alumnos por grupo y el proceso como tal de la evaluación.

Con respecto a la aplicación de las pruebas y el reclutamiento de los estudiantes que participaron, ello se realizó durante el periodo de exámenes finales de los estudiantes universitarios. Previamente, se planificaron los detalles de la aplicación con una docente coordinadora de una asignatura asignada por el área operativa de la universidad. La aplicación de las pruebas se realizó el día del examen final de la asignatura de la docente. Se escogieron 4 aulas para lograr alcanzar la cantidad de muestra requerida y se acordó que la aplicación sea al finalizar el tiempo asignado para el examen final.

Antes de la aplicación, se aseguró que la distancia entre los asientos individuales de los estudiantes sea la adecuada para que se respete la privacidad al momento de aplicar las pruebas.

El día de la evaluación, lo primero que se hizo fue la lectura del consentimiento informado y se ofreció un espacio para resolver las dudas sobre la investigación. Posteriormente, se entregó el consentimiento informado y la ficha de recolección de datos con los instrumentos psicométricos a los estudiantes que decidieron participar de la investigación. Se dio un tiempo de 40 minutos para que puedan completar la ficha y se fue respondiendo a consultas que surgieron durante la aplicación.

Finalmente, conforme los estudiantes culminaban con el llenado de la ficha, se les agradecía su participación y se les otorgaba un tríptico con contenido psicoeducativo sobre las variables.

## 5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos, se empleó el software estadístico Stata v.17 (N° licencia: 301909015865).

En primer lugar, se realizó el análisis descriptivo de las variables, para lo cual se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión correspondientes.

Posteriormente, se evaluó la normalidad de las variables utilizando la prueba Kolmogorov-Smirnov, debido a que esta prueba se utiliza para muestras que están conformadas por más de 50 participantes, y en este caso el tamaño de la muestra fue mayor a ese número ( $n = 135$ ) (Romero, 2016). La significancia estadística ( $p < .05$ ) señaló ausencia de normalidad en la distribución de las puntuaciones de las variables, lo cual determinó el uso de pruebas no paramétricas en los análisis posteriores.

En cuanto al objetivo general, para determinar en qué medida las dimensiones de la autocompasión y regulación emocional predicen las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria, se empleó inicialmente la regresión lineal múltiple con estimación por mínimos cuadrados ordinarios, debido a que esta técnica permite estimar en qué medida cambian los valores de una variable dependiente en función a los valores de las variables independientes. No obstante, debido a que los supuestos de normalidad, homocedasticidad y ausencia de multicolinealidad no se cumplieron, se optó por utilizar la técnica *stepwise* con la finalidad de seleccionar los predictores más relevantes en función a su aporte individual mediante el coeficiente

beta estandarizado y en la varianza explicada por el modelo, para así obtener el modelo predictivo más parsimonioso con mayor poder explicativo.

Con la finalidad de hallar el modelo predictivo más óptimo, se evaluaron tanto el coeficiente de determinación ( $R^2$  ajustado) como los coeficientes Beta estandarizados para valorar la varianza explicada y el peso relativo de cada predictor en el modelo respectivamente. Para la interpretación de dichos indicadores se utilizaron los criterios de Ferguson (2009) que establece los siguientes puntos de corte para el coeficiente de determinación ( $R^2$  ajustado): .04 para efecto mínimo necesario, .25 para efecto moderado y .64 para efecto grande. Sobre la interpretación de los tamaños de efecto de los coeficientes beta estandarizados, se consideró como efecto mínimo de significancia práctica un valor de  $\beta = .20$ , moderado a partir de  $\beta = .50$  y fuerte a partir de  $\beta = .80$ . Una vez encontrado el modelo más parsimonioso en cuanto dichos valores, se procedió a utilizar la técnica de regresión robusta que es resistente al incumplimiento de supuestos de la regresión lineal múltiple, por lo que se obtuvo un modelo predictivo final confiable (Ferguson, 2009).

En relación con los dos primeros objetivos específicos de tipo correlacional, al no cumplirse una distribución normal en la variable de características psicológicas de los TCA y sus dimensiones, se utilizó el estadístico rho de Spearman, debido a que es una prueba no paramétrica que permite analizar la relación entre variables que no presentan una distribución normal. Para la interpretación de la magnitud de las correlaciones, se tomó en cuenta los puntos de corte planteados por Ferguson (2009), quien menciona que valores a partir de .20 representan un efecto mínimo de

significancia práctica, .50 un efecto moderado y .80 un efecto fuerte.

Para el objetivo comparativo según sexo, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes en la variable de regulación emocional que presentaron distribución normal para cada grupo según sexo. En este caso, debido a que los tamaños de los grupos fueron desiguales, el tamaño del efecto se calculó mediante el coeficiente *g* de Hedges. La magnitud de las diferencias se interpretó siguiendo los criterios propuestos por Ferguson (2009), donde se menciona que .41 es el valor mínimo para detectar significancia práctica, valores a partir de 1.15 representan un efecto moderado y a partir de 2.70 se considera un efecto fuerte.

En contraste, para las variables de autocompasión y de las características psicológicas de los TCA, cuya distribución no fue normal, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, prueba no paramétrica que compara distribuciones entre dos grupos independientes. Para esta prueba, el tamaño del efecto se reportó mediante la correlación biserial, interpretado con los siguientes puntos de corte: .10 como efecto pequeño, .30 indica un efecto mediano y .80 señala un efecto grande (Coolican, 2009, como se cita en Domínguez, 2017).

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En la realización de la presente investigación, se consideró el cumplimiento de los principios bioéticos como se describe a continuación:

Con relación al principio de beneficencia, se entregaron trípticos sobre psicoeducación de las variables a todos los participantes cuando finalizaron el llenado de la ficha de recolección de datos y pruebas. Asimismo, se hará entrega de un informe de resultados de esta investigación, conclusiones y recomendaciones para el área operativa que brindó la autorización para realizar la investigación con los estudiantes universitarios, al finalizar la investigación.

En lo que respecta al principio de no maleficencia, los resultados fueron codificados en la base de datos para mantener la confidencialidad de los participantes. El código estuvo compuesto por la fecha de evaluación y un número asignado al azar (p.ej., 20241206\_1). Dicho código ya estaba impreso y ubicado en la parte superior de la ficha de recolección de datos.

En el principio de autonomía, se cumplió dicho principio mediante el uso del consentimiento informado que fue firmado cuando los estudiantes accedían a participar de la investigación. Además, para garantizar que los estudiantes hagan uso pleno de su autonomía y tomen una decisión informada y voluntaria al momento de decidir si participar o no, no solo se entregó el consentimiento escrito con un lenguaje claro y sencillo donde se detallaron los objetivos y posibles riesgos de participar en el estudio,

sino que también la persona encargada de aplicar los instrumentos realizó una explicación del estudio y ofreció un espacio para resolver las dudas antes y durante la aplicación de las pruebas. Asimismo, el aplicador recalcó a los estudiantes antes de iniciar la aplicación que tenían la libertad de decidir no participar del estudio o retirarse en cualquier momento si es que así lo deseaban.

En el principio de justicia, se garantizó que todos los estudiantes que cumplían con los criterios de inclusión tuvieran la misma oportunidad de participar. Además, se aseguró el acceso a los beneficios de la investigación, tríptico psicoeducativo, a todos los estudiantes presentes en las aulas, independientemente de si aceptaban participar o se retiraron durante el proceso. Así, se promovió un trato igualitario y respetuoso hacia todos los integrantes de la muestra objetivo.

## **RESULTADOS**

A continuación, se presentan los resultados hallados en la presente investigación. En primer lugar, se muestra el análisis estadístico descriptivo de cada variable y las dimensiones respectivas.

En la tabla 1 se observan las características sociodemográficas de la muestra, donde se observa que la mayoría de personas que conformaron la muestra fueron mujeres (70.37%) y en un menor porcentaje, varones (29.63%). Asimismo, la mayoría de participantes tenían edades que oscilaban entre los 18 años (43.70%) y 19 años (33.33%). En cuanto al ciclo de estudios, la mayoría de participantes (96.30%) se encontraba en el primer ciclo al momento de aplicación de la investigación.

**Tabla 1***Características sociodemográficas de la muestra*

<b>Característica sociodemográfica</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	40	29.63%
Femenino	95	70.37%
<b>Edad</b>		
18 años	59	43.70%
19 años	45	33.33%
20 años	14	10.37%
21 años	10	7.41%
22 años	2	1.48%
23 años	2	1.48%
25 años	3	2.23%
<b>Ciclo de estudios</b>		
1er ciclo	130	96.30%
2do ciclo	5	3.70%

*Nota.* f = frecuencia; % = porcentaje.

En la tabla 2 se observan las medidas descriptivas de la variable de autocompasión y sus dimensiones. Se detalla que la media de los niveles de autocompasión es de 3.10 y existe una desviación estándar (DE) de 0.53. En cuanto a las dimensiones de la variable, la autoamabilidad, humanidad compartida y consciencia plena presentan una media de 3.17, 3.03 y 3.26 respectivamente. Con respecto a las dimensiones de autojuicio, aislamiento y sobreidentificación, presentaron una media

de 2.97, 2.89 y 2.98 respectivamente.

**Tabla 2**

*Análisis descriptivo de la variable Autocompasión y sus dimensiones*

<b>Variables</b>	<b>M</b>	<b>Me</b>	<b>DE</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>
<b>Autocompasión</b>	3.10	3.12	0.53	1.77	4.35
Autoamabilidad	3.17	3.2	0.74	1.6	5
Autojuicio	2.97	3	0.84	1	4.8
Humanidad compartida	3.03	3	0.68	1.75	4.75
Aislamiento	2.89	2.75	0.88	1	5
Consciencia plena	3.26	3.25	0.69	1.75	5
Sobreidentificación	2.98	3	0.78	1.5	4.75

*Nota.* M = media; Me = mediana; DE = desviación estándar; Mín = mínimo; Máx = máximo.

En la tabla 3 se observan las medidas descriptivas de la variable de regulación emocional y sus dimensiones. Se observa que la media de los niveles de regulación emocional es de 91.47 y se observa una DE de 21.67. Sobre las dimensiones de la variable, la dimensión de dificultades en el control de impulsos presenta una media de 26.13. En cuanto a las demás dimensiones, la falta de aceptación emocional, falta de consciencia emocional, interferencia en conductas y falta de claridad emocional, presentan una media de 18.88, 15.95, 15.58 y 14.93 respectivamente.

**Tabla 3***Análisis descriptivo de la variable Regulación emocional y sus dimensiones*

<b>Variab</b> les	<b>M</b>	<b>Me</b>	<b>DE</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>
<b>Regulación emocional</b>	91.47	91	21.67	45	146
Dificultades en el control de impulsos	26.13	24	8.71	11	49
Falta de aceptación emocional	18.88	18	6.81	7	35
Falta de consciencia emocional	15.95	16	4.89	6	27
Interferencia en conductas	15.58	15	2.86	9	24
Falta de claridad emocional	14.93	14	4.45	6	27

*Nota.* M = media; Me = mediana; DE = desviación estándar; Mín = mínimo; Máx = máximo.

En la tabla 4 se observan las medidas descriptivas de la variable de características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria y sus dimensiones. La media de los niveles de las características psicológicas de los TCA es de 18.44. En cuanto a las dimensiones, bulimia y preocupación por la comida y control oral presentan una media de 3.29 y 5.53 respectivamente. Sobre la dimensión de dieta, presenta una media de 9.61.

**Tabla 4**

*Análisis descriptivo de la variable Características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria*

<b>Variab</b> les	<b>M</b>	<b>Me</b>	<b>DE</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>
<b>Características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria</b>	18.44	15	11.53	1	57
Dieta	9.61	8	7.48	0	33
Bulimia y preocupación por la comida	3.29	2	3.17	0	15
Control oral	5.53	5	3.56	0	18

*Nota.* M = media; Me = mediana; DE = desviación estándar; Mín = mínimo; Máx = máximo.

En la tabla 5, se observa el análisis de la normalidad de las tres variables principales y sus dimensiones mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Así, cuando se obtienen valores de p menores que .05 significa que las variables no presentan una distribución normal. Los resultados demuestran que las variables de consciencia plena, interferencia en conductas, falta de claridad emocional, características psicológicas de los TCA, dieta, bulimia y preocupación por la comida, y control oral, no cumplen con el supuesto de normalidad. Por eso, se opta por utilizar la prueba no paramétrica, Rho de Spearman, para los objetivos de correlación.

**Tabla 5***Resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov*

<b>Variab</b> les	<b>Kolmogorov-Smirnov</b>	
	<b>K-S</b>	<b>p</b>
<b>Autocompasión</b>	.059	.388
Autoamabilidad	.077	.204
Autojuicio	.073	.240
Humanidad compartida	.094	.094
Aislamiento	.076	.209
Consciencia plena	.114	.030
Sobreidentificación	.103	.059
<b>Regulación emocional</b>	.080	.181
Dificultades en el control de impulsos	.101	.065
Falta de aceptación emocional	.094	.094
Falta de consciencia emocional	.073	.236
Interferencia en conductas	.121	.019
Falta de claridad emocional	.109	.040
<b>Características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria</b>	.162	.001
Dieta	.148	.003
Bulimia y preocupación por la comida	.176	.000
Control oral	.174	.000

*Nota.* K-S = estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Valores de  $p < .05$  indican ausencia de normalidad.

Como parte del objetivo general, se realizó el análisis de regresión lineal múltiple para determinar en qué medida las dimensiones de la autocompasión y la regulación emocional predicen las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria.

Inicialmente, se estimó un modelo de regresión lineal múltiple que tuvo como variable dependiente al puntaje total de las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria. Las variables consideradas como predictoras fueron las dimensiones de la Autocompasión (autoamabilidad, autojuicio, humanidad compartida, aislamiento, consciencia plena y sobreidentificación) y las dimensiones de regulación emocional (dificultades en el control de impulsos, falta de consciencia emocional, falta de aceptación emocional, interferencia en conductas y falta de claridad emocional), lo que dio un total de 11 variables predictoras para este primer modelo.

En la tabla 6 se presentan los resultados del primer modelo de regresión lineal múltiple. Si bien este modelo fue estadísticamente significativo ( $F_{(11, 123)} = 2.00$ ,  $p = .0342$ ), la varianza explicada fue baja ( $R^2$  ajustada =  $.0755$ ) y ninguna de las dimensiones presentó significancia estadística individual. Además, el valor del coeficiente de determinación ajustado apenas supera el punto de corte mínimo para considerar significancia práctica, lo que limita la utilidad del modelo.

**Tabla 6**

*Resultados del primer modelo de regresión lineal múltiple de las características psicológicas de los TCA*

<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>[Intervalo de confianza 95%]</b>	
Constante	12.165	11.900	-	1.02	.309	-11.391	35.721
Autoamabilidad	.531	2.008	.034	.26	.792	-3.444	4.506
Autojuicio	-.372	1.935	-.027	-.19	.848	-4.202	3.457
Humanidad compartida	-.391	1.568	-.023	-.25	.803	-3.494	2.712
Aislamiento	1.719	1.911	.131	.90	.370	-2.064	5.502
Consciencia plena	-1.403	1.774	-.084	-.79	.430	-4.913	2.108
Sobreidentificación	-.316	2.240	-.021	-.14	.888	-4.751	4.119
Dificultades en el control de impulsos	.185	.187	.139	.99	.326	-.186	.555
Falta de consciencia emocional	-.335	.306	-.142	-1.09	.277	-.941	.272
Falta de aceptación emocional	.350	.217	.207	1.61	.110	-.080	.779
Interferencia en conductas	-.284	.411	-.070	-.69	.490	-1.097	.529
Falta de claridad emocional	.385	.299	.149	1.29	.200	-.207	.977

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado; EE = error estándar;  $\beta$  = coeficiente estandarizado.

Luego, se procedió a evaluar los supuestos del modelo. La prueba de Breusch-Pagan confirmó heterocedasticidad ( $\chi^2(1) = 13.84, p = 0.0002$ ), lo que indica que la varianza de los errores no es constante. Asimismo, los factores de inflación de la varianza (VIF) arrojaron un valor promedio de 2.34, con un máximo de 3.31, lo que sugiere la presencia de multicolinealidad al utilizar un punto de corte más estricto. Debido a la limitada significancia práctica e incumplimiento de supuestos, se procedió a utilizar el procedimiento *stepwise* para ajustar el modelo predictivo. Mediante dicho procedimiento se seleccionaron progresivamente a los predictores en función de su aporte al mejorar indicadores de ajuste del modelo: coeficiente de determinación, la

magnitud de los coeficientes beta estandarizados y la significancia estadística de cada predictor individual.

Durante este procedimiento, se generaron diversos modelos predictivos mediante *stepwise* que fueron evaluados con los criterios estadísticos mencionados. A continuación, se describen los modelos obtenidos revisados antes de obtener el modelo definitivo.

El primer modelo estimado por *stepwise* se observa en la tabla 7. Este incluyó siete predictores: dos de autocompasión y las cinco dimensiones de regulación emocional. El coeficiente de determinación ajustado ( $R^2$  ajustada = .1027) fue mayor que en el modelo original estimado, pero su tamaño de efecto se mantuvo dentro del rango mínimo para considerar significancia práctica. Sobre los coeficientes beta estandarizados, los más bajos corresponden a consciencia plena ( $\beta = -.079$ ) y a interferencia en conductas ( $\beta = -.071$ ). Ambos se encuentran por debajo del punto de corte mínimo para considerar significancia práctica. Ello indica que sus aportes al modelo fueron muy limitados, por lo que fueron eliminadas para la estimación del siguiente modelo.

**Tabla 7***Resultados de la primera revisión del modelo de regresión lineal múltiple*

<b>Predictor</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>[Intervalo de confianza 95%]</b>	
Constante	12.865	8.816	-	1.46	.147	-4.581	30.311
Aislamiento	1.256	1.468	.096	.86	.394	-1.649	4.160
Consciencia plena	-1.314	1.593	-.079	-.82	.411	-4.467	1.838
Dificultades en el control de impulsos	.155	.172	.117	.90	.369	-.185	.496
Falta de consciencia emocional	-.357	.287	-.151	-1.24	.216	-.924	.211
Falta de aceptación emocional	.344	.213	.203	1.61	.110	-.079	.766
Interferencia en conductas	-.288	.404	-.071	-.71	.476	-1.088	.511
Falta de claridad emocional	.392	.291	.151	1.35	.180	-.183	.968

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado; EE = error estándar;  $\beta$  = coeficiente estandarizado

En el modelo presentado en la tabla 8, se eliminaron las dimensiones de consciencia plena e interferencia en conductas. En este caso, el valor del coeficiente de determinación ajustado ( $R^2$  ajustada = .1076) también se mantuvo dentro del rango mínimo para considerar significancia práctica, a pesar de que fue mayor que el modelo anterior. El coeficiente beta estandarizado más bajo correspondió a aislamiento ( $\beta$  = .081), con un tamaño de efecto por debajo del umbral de relevancia práctica. Debido a su bajo aporte, esta variable fue eliminada para la siguiente revisión.

**Tabla 8***Resultados de la segunda revisión del modelo de regresión lineal múltiple*

<b>Predictor</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>[Intervalo de confianza 95%]</b>	
Constante	4.082	3.968	-	1.03	.306	-3.770	11.933
Aislamiento	1.063	1.449	.081	.73	.465	-1.804	3.929
Dificultades en el control de impulsos	.129	.161	.097	.80	.424	-.189	.447
Falta de consciencia emocional	-.279	.258	-.118	-1.08	.282	-.790	.232
Falta de aceptación emocional	.332	.212	.196	1.56	.121	-.089	.752
Falta de claridad emocional	.408	.285	.158	1.43	.155	-.156	.973

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado; EE = error estándar;  $\beta$  = coeficiente estandarizado.

En el siguiente modelo observado en la tabla 9, se reemplazó la dimensión de aislamiento por consciencia plena ya que, al probar ambas variables de manera individual, consciencia plena mostró un coeficiente beta estandarizado mayor ( $\beta = -.082$ ) en comparación con aislamiento ( $\beta = .081$ ) cuando se la incluyó como único predictor de autocompasión, lo que justificó su permanencia. Además, considerar a la consciencia plena como único predictor de autocompasión mejoró ligeramente el ajuste global del modelo ( $R^2$  ajustada = .1090), aunque se mantuvo un efecto mínimo de relevancia práctica. Sobre los coeficientes beta estandarizados más bajos, estos correspondieron a consciencia plena ( $\beta = -.082$ ), seguido de dificultades en el control de impulsos ( $\beta = .100$ ), lo que refleja un aporte por debajo del mínimo. Por ello, se consideró su eliminación en la revisión posterior.

**Tabla 9***Resultados de la tercera revisión del modelo de regresión lineal múltiple*

<b>Predictor</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>[Intervalo de confianza 95%]</b>	
Constante	10.885	7.973	-	1.37	.175	-4.890	26.660
Consciencia plena	-1.362	1.581	-.082	-.86	.390	-4.490	1.766
Dificultades en el control de impulsos	.133	.159	.100	.83	.407	-.183	.448
Falta de consciencia emocional	-.328	.274	-.139	-1.20	.234	-.871	.214
Falta de aceptación emocional	.388	.200	.229	1.94	.055	-.008	.784
Falta de claridad emocional	.431	.286	.166	1.51	.134	-.135	.997

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado; EE = error estándar; β = coeficiente estandarizado.

Se identificó un modelo predictivo alternativo presentado en la tabla 10 con un mayor porcentaje de varianza explicada ( $R^2$  ajustada = .1117) que incluía únicamente tres dimensiones de regulación emocional. Sin embargo, dado que el objetivo general se centra en analizar de forma conjunta las dimensiones de la autocompasión y regulación emocional como predictores, se optó por seleccionar el modelo predictivo más parsimonioso que incluía al menos una dimensión de autocompasión.

**Tabla 10***Resultados de la cuarta revisión del modelo de regresión lineal múltiple*

<b>Predictor</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>[Intervalo de confianza 95%]</b>	
Constante	5.582	3.735	-	1.49	.137	-1.807	12.970
Falta de consciencia emocional	-.225	.249	-.095	-.90	.368	-.716	.267
Falta de aceptación emocional	.497	.158	.294	3.15	.002	.185	.809
Falta de claridad emocional	.473	.277	.182	1.70	.091	-.076	1.021

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado; EE = error estándar; β = coeficiente estandarizado.

En la tabla 11 se presentan los resultados del modelo predictivo seleccionado. Este incluye como variables predictoras a la dimensión de consciencia plena de Autocompasión y a las dimensiones de falta de aceptación emocional, falta de consciencia emocional y falta de claridad emocional de Regulación emocional, lo que da un total de cuatro variables predictoras para este modelo. El modelo fue estadísticamente significativo ( $F_{(4, 130)} = 5.19$ ,  $p = .0007$ ) y explica el 11.11% de la varianza en el puntaje total en las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria ( $R^2$  ajustada = .1111). Además, se obtuvo una variable predictora significativa que fue la falta de aceptación emocional ( $p = .002$ ).

**Tabla 11***Resultados de la quinta revisión del modelo de regresión lineal múltiple*

<b>Predictor</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>[Intervalo de confianza 95%]</b>	
Constante	12.118	7.825	-	1.55	.124	-3.364	27.599
Consciencia plena	-1.494	1.571	-.090	-.95	.344	-4.602	1.615
Falta de aceptación emocional	.490	.158	.290	3.10	.002	.178	.803
Falta de consciencia emocional	-.333	.274	-.141	-1.22	.226	-.875	.208
Falta de claridad emocional	.486	.278	.187	1.75	.083	-.064	1.035

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado; EE = error estándar;  $\beta$  = coeficiente estandarizado.

Aunque este modelo presentó mejores indicadores que los anteriores la prueba de Breusch-Pagan volvió a confirmar heterocedasticidad ( $\chi^2(1) = 15.12$ ,  $p = 0.0001$ ). En cuanto a la multicolinealidad, el VIF medio se redujo a 1.60, con un valor máximo de 2.03, lo que indica que este problema se redujo en el modelo ajustado. Debido a que persistía la heterocedasticidad, se estimó nuevamente este modelo utilizando errores estándar robustos.

En la tabla 12 se observan los resultados del modelo final. El coeficiente de determinación ( $R^2 = .1376$ ) indica que el conjunto de cuatro predictores explica el 13.76% de la varianza de la variable dependiente, lo que representa un efecto mínimo de significancia práctica. La dimensión de falta de aceptación emocional continuó siendo el único predictor significativo con un tamaño de efecto que supera el punto de corte mínimo para considerar significancia práctica ( $\beta = .290$ ). Ello quiere decir que a medida en que aumentan las dificultades para aceptar experiencias emocionales adversas, también aumenta la probabilidad de presentar características psicológicas de

los TCA.

**Tabla 12**

*Resultados del modelo final robusto de regresión lineal múltiple de las características psicológicas de los TCA*

<b>Predictor</b>	<b>B</b>	<b>EE robustos</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>P</b>	<b>[Intervalo de confianza 95%]</b>	
Constante	12.118	7.908	-	1.53	.128	-3.527	27.763
Consciencia plena	-1.494	1.553	-.090	-.96	.338	-4.565	1.578
Falta de aceptación emocional	.490	.146	.290	3.37	.001	.202	.778
Falta de consciencia emocional	-.333	.288	-.141	-1.16	.250	-.903	.237
Falta de claridad emocional	.486	.257	.187	1.89	.061	-.023	.994

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado; EE robustos = error estándar robustos;  $\beta$  = coeficiente estandarizado.

Por otro lado, como parte del primer objetivo específico, en la tabla 13, se observa el análisis de correlación entre las dimensiones de autocompasión y las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria y sus dimensiones.

La dimensión de autoamabilidad presentó una correlación negativa y significativa con las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria ( $\rho = -.173$ ,  $p = .045$ ) y con la dimensión de dieta ( $\rho = -.187$ ,  $p = .030$ ). No obstante, ambas correlaciones se ubican por debajo del punto del corte mínimo (.20) considerado en la presente investigación, por lo que, si bien son estadísticamente significativas, no alcanzan un nivel de significancia práctica. Esto implica que la

relación entre la autoamabilidad y la disminución de conductas alimentarias de riesgo existe, pero la magnitud es débil y de limitada relevancia práctica.

Sobre la dimensión de autojuicio, se observa una correlación positiva y significativa con las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria ( $\rho = .237$ ,  $p = .006$ ) y con la dimensión de dieta ( $\rho = .185$ ,  $p = .031$ ). La relación con las características psicológicas de los TCA sí supera el umbral de significancia práctica mínima, lo que sugiere que una mayor tendencia a la autocrítica y conducta hostil con uno mismo, mayor probabilidad de presencia de conductas alimentarias de riesgo. Por otro lado, la correlación con la dimensión de dieta no alcanzó el umbral mínimo, por lo que su aporte es limitado en relevancia práctica.

La dimensión de aislamiento también se ha correlacionado de manera positiva, significativa con las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria ( $\rho = .278$ ,  $p = .001$ ), dieta ( $\rho = .224$ ,  $p = .009$ ) y con la dimensión bulimia y preocupación por la comida ( $\rho = .201$ ,  $p = .020$ ). Todas las correlaciones mencionadas alcanzan el umbral mínimo de .20, por lo que se puede considerar efectos de relevancia práctica, aunque en el rango mínimo. Esto indica que, a mayor sensación de que el sufrimiento es una experiencia única y desconectada de los demás, mayor es la posibilidad de presencia de conductas restrictivas y compensatorias relacionadas con la alimentación.

En cuanto a la dimensión de sobreidentificación presentó correlaciones positivas con las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria ( $\rho = .267$ ,  $p = .002$ ) y con las dimensiones de dieta ( $\rho = .234$ ,  $p = .006$ ) y bulimia

y preocupación por la comida ( $\rho = .213$ ,  $p = .013$ ). Al superar todas las correlaciones el umbral de .20, estas relaciones también poseen significancia práctica mínima, lo que indica que, a mayor dificultad para distanciarse de pensamientos y emociones adversas, mayor es la probabilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo.

**Tabla 13**

*Correlación entre las dimensiones de Autocompasión y las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria*

		<b>Características psicológicas de los TCA</b>	<b>Dieta</b>	<b>Bulimia y preocupación por la comida</b>	<b>Control oral</b>
<b>Autoamabilidad</b>	Rho	-.173*	-.187*	-.110	-.024
<b>Autojuicio</b>	Rho	.237**	.185*	.146	.133
<b>Humanidad compartida</b>	Rho	.043	.029	-.008	.025
<b>Aislamiento</b>	Rho	.278**	.224**	.201*	.129
<b>Consciencia plena</b>	Rho	-.085	-.131	-.099	.086
<b>Sobreidentificación</b>	Rho	.267**	.234**	.213*	.088

*Nota.* Rho = coeficiente de correlación de Spearman; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Como parte del segundo objetivo específico, la tabla 14 presenta las correlaciones entre las dimensiones de la regulación emocional y las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria y sus dimensiones.

La dimensión de dificultades en el control de impulsos presenta una correlación positiva con las características psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria ( $\rho = .315$ ,  $p = .000$ ), lo cual indica que esta correlación presenta significancia práctica mínima. Asimismo, presentó correlaciones positivas con la dimensión dieta ( $\rho =$

.294,  $p = .001$ ) y con la dimensión de bulimia y preocupación por la comida ( $\rho = .252$ ,  $p = .003$ ), ambas dentro del rango mínimo de significancia práctica. En conjunto, estos resultados señalan que una mayor dificultad para controlar los impulsos equivale a una mayor probabilidad de presencia de conductas alimentarias de riesgo, como restricción excesiva, atracones o conductas compensatorias, que funcionan como respuestas impulsivas para aliviar el malestar emocional de manera inmediata.

Por otra parte, la dimensión de falta de aceptación emocional presentó una correlación positiva con las características psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria ( $\rho = .325$ ,  $p = .000$ ), y al superar el umbral de .20, dicha relación presenta un efecto mínimo de significancia práctica. Asimismo, presentó correlaciones positivas y con efecto de significancia práctica mínima con las dimensiones de dieta ( $\rho = .272$ ,  $p = .001$ ), bulimia y preocupación por la comida ( $\rho = .202$ ,  $p = .019$ ) y control oral ( $\rho = .214$ ,  $p = .013$ ). Esto señala que, a medida que una persona rechaza o evita sus experiencias emocionales, mayor es la probabilidad que desarrolle conductas alimentarias de riesgo para afrontar dichas experiencias emocionales.

En cuanto a la dimensión de falta de claridad emocional, presentó correlaciones positivas con las características psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria ( $\rho = .232$ ,  $p = .007$ ) y las dimensiones de bulimia y preocupación por la comida ( $\rho = .256$ ,  $p = .003$ ) y control oral ( $\rho = .239$ ,  $p = .005$ ). Todas estas correlaciones superan el punto de corte mínimo de .20, por lo que alcanzan significancia práctica. Ello quiere decir, cuanto menor sea la claridad con la que la persona identifica y comprende sus emociones, mayor es la probabilidad de presentar

conductas alimentarias de riesgo.

**Tabla 14**

*Correlación entre las dimensiones de Regulación emocional y las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria*

		<b>Características psicológicas de los TCA</b>	<b>Dieta</b>	<b>Bulimia y preocupación por la comida</b>	<b>Control oral</b>
<b>Dificultades en el control de impulsos</b>	Rho	.315***	.294***	.252**	.127
<b>Falta de aceptación emocional</b>	Rho	.325***	.272***	.202*	.214*
<b>Falta de consciencia emocional</b>	Rho	.125	.042	.116	.120
<b>Interferencia en conductas</b>	Rho	.120	.130	.061	.025
<b>Falta de claridad emocional</b>	Rho	.232**	.109	.256**	.239**

*Nota.* Rho = coeficiente de correlación de Spearman; \*p < 0.05; \*\*p < 0.01

Como parte del tercer objetivo específico, se realizó el análisis comparativo según el sexo, de las tres variables de estudio: autocompasión, regulación emocional y las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria.

Para cumplir con el objetivo, primero se realizó la prueba de normalidad de las tres variables según cada grupo (varones y mujeres), para lo cual se utilizó Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad en el grupo de mujeres, y Shapiro-Wilk en el grupo de varones, debido a las diferentes cantidades de participantes en cada grupo. En la tabla 15 se presentan los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para el grupo del sexo femenino, donde los resultados señalan que la autocompasión

no cumple con el supuesto de normalidad.

**Tabla 15**

*Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para la variable de sexo femenino*

<b>Variables</b>	<b>Kolmogorov-Smirnov</b>	
	<b>K-S</b>	<b>p</b>
Autocompasión	.243	.036
Regulación emocional	.029	.954
Características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria	.161	.234

*Nota.* K-S = estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Valores de  $p < .05$  indican ausencia de normalidad.

En la tabla 16 se encuentran los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk para el grupo del sexo masculino, donde se muestra que las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria presentan una distribución no normal.

Por eso, para el análisis comparativo, se optó por usar la prueba no paramétrica U de Mann – Whitney para el análisis comparativo por sexo de las variables de autocompasión y características psicológicas de los TCA, y para el análisis de la variable de regulación emocional se utilizó la prueba *t* de Student.

**Tabla 16***Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para la variable de sexo masculino*

<b>Variab</b>	<b>Shapiro-Wilk</b>	
	<b>W</b>	<b>p</b>
Autocompasión	0.980	0.700
Regulación emocional	0.972	0.420
Características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria	0.829	<0.001

*Nota.* W = estadístico de Shapiro-Wilk. Valores de  $p < .05$  indican ausencia de normalidad.

En la tabla 17 se encuentra el análisis comparativo de la variable de autocompasión según sexo, mediante la prueba U de Mann – Whitney. Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $z = -1.723$ ,  $p = .085$ ). Además, el tamaño del efecto calculado mediante la correlación biserial ( $r_{bis} = -.15$ ) indica que la magnitud de la diferencia es reducida y de baja relevancia práctica. Ello implica que, aunque las mujeres presentaron puntuaciones ligeramente menores de autocompasión en comparación con los varones, estas diferencias son mínimas y no tienen un impacto considerable en la práctica psicológica.

**Tabla 17***Comparación de la variable autocompasión de la según sexo*

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>Suma de Z rangos</b>		<b>p</b>	<b>r<sub>bis</sub></b>
<b>Mujeres</b>	95	6102.5	-1.723	.085	-.15
<b>Varones</b>	40	3077.5			

*Nota.*  $r_{bis}$  = correlación biserial que indica tamaño del efecto;  $p < .05$  indica diferencia estadísticamente significativa.

En la tabla 18 se encuentran los resultados comparativos con respecto a la variable de Regulación emocional, los resultados señalan que los varones ( $M = 87.93$ ) presentaron un puntaje menor en la prueba de regulación emocional, a comparación del valor obtenido para el caso de las mujeres ( $M = 92.97$ ), aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ( $t_{(133)} = 1.24$ ,  $p = .218$ ). El valor del coeficiente  $g$  de Hedges ( $g = .23$ ) también se encuentra por debajo del umbral mínimo de  $.41$ , lo cual indica que la magnitud de la diferencia es pequeña y con poca relevancia práctica. Es decir, tanto varones como mujeres presentan niveles de regulación emocional relativamente similares, y la diferencia observada tiene poco impacto práctico en términos psicológicos.

**Tabla 18**

*Comparación de la variable de Regulación emocional según sexo*

Variable	M		t	gl	Sig. (bilateral)	g de Hedges
	Mujeres	Varones				
<b>Regulación emocional</b>	92.97	87.93	1.2374	133	.2181	.23

*Nota.* M = media; gl = grados de libertad; p = significancia bilateral; g de Hedges = tamaño del efecto.

En la tabla 19 se encuentra el análisis comparativo de la variable de características de los trastornos de conducta alimentaria según sexo, mediante la prueba de U de Mann – Whitney para muestras independientes. Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $z = .774$ ,  $p = .439$ ).

Además, el tamaño del efecto calculado mediante la correlación biserial ( $r_{bis} = .07$ ) se encuentra por debajo del umbral de .10, el cual indica que la magnitud de la diferencia es muy reducida. Ello implica que las mujeres y los varones presentan en este caso un nivel muy similar en el puntaje de las características psicológicas de los TCA, sin que exista un efecto práctico relevante.

**Tabla 19**

*Comparación de la variable características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria de la según sexo*

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>Suma de Z rangos</b>	<b>p</b>	<b><math>r_{bis}</math></b>
<b>Mujeres</b>	95	6620.5	.774	.439
<b>Varones</b>	40	2559.5		.07

*Nota.*  $r_{bis}$  = correlación biserial que indica tamaño del efecto;  $p < .05$  indica diferencia estadísticamente significativa.

## DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue determinar la medida en que las dimensiones de la autocompasión y regulación emocional predicen las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios. Este análisis nos ayuda a entender cómo los dichos factores individuales podrían influenciar en la aparición o mantenimiento de un trastorno de conducta alimentaria en estudiantes universitarios.

Como parte del objetivo general de la investigación, se ejecutaron diferentes modelos de regresión lineal múltiple en donde en cada uno se tuvo como variable dependiente a las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria. El primer modelo ejecutado, que incluyó 11 variables predictoras, fue estadísticamente significativo ( $F_{(11, 123)} = 2.00, p = .0342$ ), pero explicó el 7.55% de la varianza. Además, ninguno de los predictores resultó con significancia práctica de manera individual y se observaron problemas en el cumplimiento de los supuestos de la regresión: ausencia de normalidad en los residuos, heterocedasticidad y presencia de multicolinealidad.

En el caso de la multicolinealidad, aunque los valores de VIF estuvieron por debajo del punto de corte clásico, se adoptó un criterio más estricto. Ello debido a que como menciona Jeng (2023), el punto de corte tradicional que indica que valores de VIF entre 5 y 10 señalan problemas de multicolinealidad no necesariamente es válido en todos los contextos, pues este punto de corte dependería del número de variables independientes y del grado de correlación entre ellas, de manera que la presencia de

una correlación de magnitud moderada entre variables predictoras y un valor VIF de 3 ya podría indicar problemas de multicolinealidad.

Ante dichas limitaciones, se aplicó el método *stepwise*, que permitió ajustar progresivamente el modelo mediante la selección y eliminación de predictores con baja contribución, es decir, considerando los coeficientes beta estandarizados. Este procedimiento, además de optimizar el valor de la varianza explicada, puede disminuir la multicolinealidad al descartar variables que no aportan al modelo (Shafiee et al., 2021, como se cita en Susanto et al., 2024). Además, investigaciones previas han empleado este procedimiento para identificar factores de riesgo relevantes en la predicción de conductas alimentarias de riesgo, tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Kozybska et al., 2021; Raffone et al., 2025; Tecuta et al., 2021).

A partir de ese proceso, se estimaron distintos modelos y halló un nuevo modelo de regresión lineal ajustado con base a los criterios mencionados. Este estuvo conformado por cuatro variables predictoras: consciencia plena, falta de aceptación emocional, falta de consciencia emocional y falta de claridad emocional, fue estadísticamente significativo ( $F_{(4, 130)} = 5.19, p = .0007$ ) y explicó el 11.11% de la varianza en las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria. No obstante, a pesar de que se solucionaron los problemas de multicolinealidad, persistió la heterocedasticidad, de manera que se optó por utilizar la regresión con errores estándar robustos. Esta técnica estadística permite corregir las varianzas de los errores estándar sin modificar los coeficientes beta estandarizados, lo que genera que las conclusiones derivadas del modelo sean más confiables incluso cuando la heterocedasticidad está presente (Amado et al., 2025).

En el modelo final obtenido, la variable predictora de falta de aceptación emocional continuó siendo el único predictor significativo y además presentó significancia práctica.

Entonces, sobre los resultados obtenidos como parte del objetivo general, el hecho de que la falta de aceptación emocional sea el único predictor significativo hallado quiere decir que las personas con dificultades para aceptar sus emociones y comprenderlas tienen mayores probabilidades de presentar características psicológicas de trastornos de conducta alimentaria y, por ende, de presentar un TCA.

Dicho hallazgo es consistente con lo que plantean Gratz y Roemer (2004) sobre cómo la dificultad para aceptar las experiencias emocionales adversas puede llevar a la adopción de estrategias desadaptativas de regulación emocional, como la evitación o la supresión que, en el contexto del presente estudio, esas estrategias se manifestarían como conductas alimentarias de riesgo. Es decir, dichas conductas alimentarias (restricción, purga, atracón) funcionan como forma de escape o alivio a corto plazo del malestar emocional, de manera que cuando la persona presenta experiencias emocionales como la ansiedad, vergüenza o culpa por una determinada situación, el control de la ingesta o la imagen corporal genera una sensación inmediata de control y reducción del malestar, lo que se puede mantener a largo plazo por refuerzo negativo (Miller & Racine, 2020; Yonder & Karakas, 2020).

Así, la falta de aceptación emocional puede ser considerado como un factor transdiagnóstico que incrementa la probabilidad de adoptar estrategias desadaptativas de afrontamiento. Por ejemplo, Prefit et al. (2019) reportaron que estudiantes universitarios con mayores niveles de evitación de sus experiencias emocionales

mostraban mayor presencia conductas alimentarias de riesgo.

Por otro lado, la baja cantidad de predictores significativos puede deberse al hecho de que, si bien las dimensiones de la autocompasión y regulación emocional son relevantes, no explicarían por sí solas la ocurrencia de dicha conducta en esta población, sino que serían parte de una red dinámica donde estarían influenciadas por otros factores de riesgo a nivel social, las características de la adultez emergente y de la etapa universitaria, además de otros estresores específicos de la historia personal.

La literatura menciona que, en el caso de los estudiantes universitarios, variables propias de la adultez emergente y de esa etapa de transición entre la etapa escolar y la etapa universitaria, cobran mayor relevancia que las características individuales, al explicar el desarrollo de trastornos de conducta alimentarias. Por ejemplo, el aumento en la presión para cumplir con ideales de belleza corporales debido a expectativas del círculo social, lo cual a su vez es intensificado por el uso de redes sociales, y el estrés derivado de demandas familiares y/o académicas que pueden exigir un desenvolvimiento académico óptimo, si es que no perfecto, son variables que pueden explicar mejor el desarrollo de características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria en la muestra (Alhaj et al., 2022).

Esta relevancia de los factores sociales sobre factores individuales es reforzada por otros estudios. Por ejemplo, Barakat et al. (2023) identificaron mediante una revisión de la literatura que variables como la influencia social (p.ej., exposición a contenido sobre la apariencia corporal en las redes sociales) están relacionados con una mayor probabilidad de que conductas alimentarias de riesgo se presenten, sobre todo en mujeres que se encuentran en la etapa de la adultez joven. En esa misma línea, Dane

y Bhatia (2023) encontraron que la exposición frecuente a contenido centrado en la imagen corporal y dietas en redes sociales aumenta la comparación social, idealización de figuras corporales inalcanzables y una preocupación constante por la propia imagen corporal, todo ello a su vez se relaciona con una mayor probabilidad a iniciar y mantener conductas alimentarias de riesgo.

Todo ello también se ve reforzado por el hecho de que la varianza explicada por el modelo final es baja, lo que quiere decir que existe una gran parte de la variable dependiente que no está siendo explicada por las variables predictoras incluidas en el modelo.

Con relación al primer objetivo específico, se analizó la relación entre las dimensiones de autocompasión y las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria.

En primer lugar, se encontró que la dimensión de autoamabilidad presentó una correlación negativa con la dimensión de dieta, lo que implica que a mayor autoamabilidad, menor tendencia a la conducta de restricción alimentaria.

Así, desde el marco teórico propuesto por Neff (2003), la autoamabilidad implica tener un trato comprensivo y de cuidado hacia uno mismo frente a emociones o pensamientos aversivos, que en este caso estarían relacionados con la alimentación e imagen corporal. En la práctica y en el caso de la presente investigación, ello se reflejaría en cómo los estudiantes que se muestran más tolerantes consigo mismos tenderían a evitar conductas restrictivas de alimentación, lo que favorece a su vez conductas de aceptación, alimentación consciente y cuidado con el propio cuerpo, ya que la autoamabilidad impediría que la persona caiga en un ciclo de pensamientos

intrusivos de culpa sobre la conducta alimentaria percibida que la llevaría a una conducta alimentaria de riesgo (Antje, 2018; Hussain, 2020).

Por ejemplo, Maldonado y Nazar (2021) encontraron que la autoamabilidad, como parte de la autocompasión, se relaciona positivamente con la alimentación intuitiva y negativamente con patrones de alimentación emocional en mujeres jóvenes, lo que indica el rol protector de esta dimensión frente a estilos alimentarios desadaptativos. Ahora, aunque el tamaño de efecto hallado está por debajo del umbral mínimo, lo encontrado indica que incluso pequeñas variaciones en la autoamabilidad pueden marcar una diferencia en la posibilidad de que se presente la conducta de dieta.

Por otro lado, el autojuicio mostró una correlación positiva con la dimensión de dieta, lo cual quiere decir que, a mayor autocrítica, mayor probabilidad de que la persona restrinja su alimentación. El autojuicio implica responder al malestar emocional con castigo interno y comparación con estándares rígidos, lo cual puede derivar en conductas poco saludables para aliviar el malestar derivado de la autocrítica (Neff, 2003). Ello va en línea con la literatura donde se ha encontrado que un alto nivel de autojuicio es un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología psicológica, entre ellas diferentes conductas de riesgo características de los trastornos de conducta alimentaria, como el ayuno, las purgas y el ejercicio excesivo (Zelkowitz & Cole, 2020). Aunque cabe recalcar que el tamaño mínimo del efecto refleja que el autojuicio no necesariamente es un factor determinante, consiste en un componente que, en interacción con otros, podría aumentar la vulnerabilidad frente a conductas alimentarias de riesgo.

Por otro lado, la dimensión de aislamiento se correlacionó de manera positiva

con las dimensiones de dieta y bulimia y preocupación por la comida, lo que implica que la sensación de soledad experimentada durante el sufrimiento incrementaría la probabilidad de conductas de restricción y compensatorias. Desde la conceptualización que plantea Neff (2003), cuando la persona percibe su sufrimiento como algo único que lo separa de los demás, también aumenta la percepción de desconexión y se reduce la capacidad de que la persona pueda afrontar el malestar de manera más adaptativa.

Esto concuerda con lo encontrado por Cortés et al. (2022) en un estudio con una muestra de adolescentes y adultos jóvenes, acerca de la sensación de soledad como un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología alimentaria, tanto para conductas restrictivas de dieta como para episodios de atracones. Ahora, teniendo en cuenta que el tamaño del efecto fue de mínima significancia práctica, ello indica niveles altos de aislamiento, en conjunto con otras variables, podría potenciar la vulnerabilidad hacia la presencia de características psicológicas de los TCA. Por ejemplo, Makri et al. (2022) encontraron que mayores niveles de soledad reportados por personas con trastornos de conducta alimentaria no tenían una relación directa con episodios de atracones o dieta, sino que el efecto era mediado por otras variables como la sintomatología depresiva y la falta de apoyo social percibido.

Con respecto a la sobreidentificación, también se encontró una correlación positiva con las dimensiones de dieta y bulimia y preocupación por la comida. Esto quiere decir que las personas con dificultades para tomar distancia de las experiencias emocionales y que tienden a la rumiación tienen mayores probabilidades de presentar conductas alimentarias de riesgo, específicamente serían pensamientos intrusivos sobre la imagen corporal y alimentación los que llevarían a dichas conductas alimentarias.

En línea con la conceptualización de Neff (2003), la sobreidentificación es un estado emocional en el cual la persona se fusiona con el malestar emocional y lo ve como un estado permanente, de manera que ello llevaría a la rumiación y al reforzamiento de esquemas rígidos sobre la figura corporal y aumentaría el riesgo de la presencia de características psicológicas de los TCA. Cabe recalcar que, en este caso, el tamaño del efecto también fue mínimo, lo que señala que la sobreidentificación no actúa de manera aislada, sino que forma parte de una red de vulnerabilidad que, junto con otras variables, incrementaría la probabilidad de características psicológicas de los TCA.

Así, Backderf (2024) realizó un estudio con una muestra de estudiantes universitarias, donde encontró que la sobreidentificación se relacionó significativamente con conductas relacionadas a la preocupación por la imagen corporal, como revisión constante del peso, pero esta relación estaba mediada por altos niveles de rumiación sobre la figura corporal, lo que indica que la predisposición para entrar en un ciclo de preocupación sobre el cuerpo y la alimentación favorece la presencia de conductas alimentarias centradas en el control o evitación frente a esa experiencia aversiva. Sin embargo, cabe recalcar que la autora menciona que la sobreidentificación no sería un factor con un efecto aislado, sino que interactúa con otras variables como la vergüenza y la comparación social, que configuran un grado de vulnerabilidad para que la persona presente conductas alimentarias de riesgo. Es decir, la relación entre la sobreidentificación con las dimensiones de dieta y bulimia se basa más en un patrón rígido de pensamiento sobre el malestar con la imagen corporal, que en una asociación directa con la sintomatología por sí misma.

Con relación al segundo objetivo específico, se analizó la relación entre las

dimensiones de la regulación emocional y las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria.

Los resultados de la presente investigación indican una relación positiva entre las dificultades en la regulación de impulsos y las dimensiones de dieta y bulimia y preocupación por la comida, es decir, una menor capacidad para controlar los impulsos durante un episodio de malestar emocional haría propensa a la persona a presentar conductas alimentarias de riesgo. Partiendo de la conceptualización de las dificultades en la regulación emocional, la falta de estrategias adaptativas de autocontrol ocasiona que la persona recurra a, por ejemplo, conductas alimentarias de riesgo como una forma de alivio inmediato de tensión emocional, incluso cuando la conducta restrictiva de alimentación se relaciona con actitudes rígidas en muestras clínicas (Gratz & Roemer, 2004; Lavender & Mitchel, 2015).

Este resultado concuerda con lo encontrado en la literatura acerca del rol de la impulsividad en la presencia de atracones, ya sea en población universitaria o clínica (Bevione et al., 2024; Solly et al., 2021). Por ejemplo, Solly et al. (2021) realizaron un estudio con universitarios y hallaron que existe una relación significativa entre altos niveles de conductas impulsivas y compulsivas y la presencia de atracones. En el caso de la relación entre la dificultad en el control de impulsos y la conducta restrictiva de dieta, existe una diferencia entre lo encontrado en la literatura y lo hallado en el presente estudio, pues de acuerdo con Lavender y Mitchel (2015) la literatura se ha centrado en indagar la relación de la impulsividad con conductas más características de la bulimia y trastorno por atracón (p.ej., atracones o conductas purgativas), por tener una base en la impulsividad, mientras que la conducta de dieta, sobre todo presente en

la anorexia, tiene bases en el perfeccionismo y autocontrol. Es decir, la conducta de dieta implica postergar constantemente la recompensa obtenida por la comida a cambio de la recompensa a largo plazo de lograr bajar de peso, mientras que los atracones y purga existe una tendencia a no poder aplazar las recompensas inmediatas al tomar una decisión (Steward et al., 2017).

Esta diferencia en los resultados se puede deber a que el presente estudio ha sido realizado con la población universitaria, en la cual las conductas alimentarias de riesgo responderían a variables contextuales propias de la etapa universitaria y adultez joven que motiven la dieta, como la transición al ambiente universitario, la búsqueda de la independencia y el estrés académico, que han sido relacionados con conductas de riesgo a nivel alimenticio como forma impulsiva de responder al malestar emocional que conlleva ello (Miller & Racine, 2020).

Ahora, aunque el tamaño de efecto hallado indica significancia práctica mínima, la relación entre las dificultades en el control de impulsos y la presencia de características psicológicas de los TCA se vería influenciada por factores contextuales de la etapa universitaria, como el estrés académico, que favorecerían respuestas impulsivas frente al malestar emocional.

Luego, se encontró una correlación positiva entre la dimensión de dificultades en la aceptación emocional y las dimensiones de dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral. Esto quiere decir que la dificultad en la predisposición para aceptar emociones aversivas sin intentos de juzgarlas o evitarlas favorecería la presencia de conductas alimentarias de riesgo como estrategia de evitación o supresión de ese malestar emocional. Aunque el tamaño del efecto fue de mínima significancia

práctica, el hallazgo es relevante porque la evitación o supresión emocional suele ser una estrategia poco eficaz que otras estrategias como la reevaluación cognitiva, ya que el alivio del malestar es temporal y hasta incluso puede intensificar el malestar (Gross 2015). Entonces, cuando la persona no puede aceptar emociones percibidas como adversas, escoge estrategias poco adaptativas para regular el malestar, como la restricción alimentaria o atracones.

Así, por ejemplo, Miller y Racine (2020) en su estudio con estudiantes universitarios americanos, encontraron que la dificultad para aceptar las emociones se relaciona significativamente con conductas impulsivas, como los atracones, de manera que dichas conductas se vuelven una estrategia de regulación emocional que funciona a corto plazo para suprimir el malestar emocional, pero que conllevan a conductas disfuncionales a largo plazo.

En cuanto a la dimensión de falta de claridad emocional, se encontró que presenta una correlación positiva con las dimensiones de bulimia y preocupación por la comida y control oral. Ello quiere decir que las dificultades para identificar y comprender las experiencias emocionales propias contribuyen a la presencia de conductas alimentarias de riesgo. Así, la identificación y el poder etiquetar las emociones constituyen la base para poder aplicar estrategias adaptativas de regulación emocional, pues si la persona no puede distinguir lo que experimenta a nivel emocional, difícilmente podrá seleccionar una estrategia adaptativa (que se adecúe a la emoción que está experimentando y contexto en el que se encuentra) que le permita responder a lo que está sintiendo, de manera que lo predispone a ejecutar respuestas automáticas como conductas alimentarias de riesgo (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2015).

Por ejemplo, en la investigación de Miller y Racine (2020) encontraron que la dimensión de falta de claridad emocional fue la dimensión que predijo un número mayor de conductas impulsivas, entre ellas conductas alimentarias de riesgo, en modelos univariados y multivariados. En esa misma línea, Hessler et al. (2020) encontraron que intervenciones basadas en mindfulness y autocompasión eran más eficaces que la reestructuración cognitiva para mejorar la regulación emocional en el corto plazo en personas diagnosticadas con bulimia, lo que refuerza la idea de que la claridad y aceptación emocional son dimensiones relevantes que influyen en la presencia de características psicológicas de los TCA. Asimismo, Sloan et al. (2018) realizaron una investigación con jóvenes entre 18 a 25 años, en la cual encontraron que la relación entre la claridad emocional y conductas alimentarias de riesgo (p.ej., atracones, purgas, dieta, comer compulsivamente) presentaba una magnitud más fuerte cuando era mediada por sintomatología depresiva en niveles más altos.

De esa manera, aunque el tamaño del efecto fue mínimo, este resultado presenta significancia práctica, pues muestra que la falta de claridad emocional, además de contribuir a la existencia de conductas alimentarias de riesgo, puede tener un rol en mantenerlas ya que impediría que la persona tome consciencia sobre los estados emocionales que directamente motivan las conductas alimentarias de riesgo.

En cuanto al tercer objetivo específico, se realizó el análisis comparativo de la autocompasión, regulación emocional y características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria según el sexo. En primer lugar, los resultados de la prueba U de Mann-Whitney sobre las diferencias en el puntaje de autocompasión entre varones y mujeres muestran que no existen diferencias significativas. Además, el tamaño del

efecto fue pequeño, lo que indica que la influencia del sexo sobre la autocompasión tiene escasa relevancia práctica.

Esto contrasta parcialmente con otros estudios donde se han reportado diferencias significativas en la manifestación de la autocompasión en los que las mujeres presentan un puntaje menor a comparación de los varones por presentar una tendencia mayor a la autocrítica (Murn & Steele, 2019). La investigación de Cárdenas (2024) con estudiantes universitarios de Huancayo, también ha encontrado diferencias significativas en esta variable, pero con un tamaño de efecto reducido. En cambio, Murn y Steele (2019) si bien encontraron diferencias significativas según sexo entre las dimensiones de la autocompasión, el resultado fue no significativo cuando se trató del puntaje total de autocompasión. Por tanto, teniendo en cuenta la literatura y los resultados hallados en la presente investigación, aunque las mujeres tienden a reportar mayores niveles de autocrítica, lo cual puede explicar la diferencia en el puntaje de las medias, la magnitud de la diferencia no es lo suficientemente consistente como para afirmar un impacto práctico relevante de la variable sexo en la autocompasión.

En segundo lugar, en cuanto a las diferencias en los puntajes de regulación emocional según sexo, tampoco se encontraron diferencias significativas mediante la prueba *t* de Student. Además, el tamaño del efecto también fue mínimo, lo que indica que la variable de sexo explica una baja proporción de la variabilidad en la regulación emocional. Este resultado concuerda con lo encontrado por Guzmán et al. (2016) en su investigación con estudiantes chilenos, donde no se encontró diferencias significativas en cuanto a la regulación emocional entre varones y mujeres. No obstante, Kaur et al., (2022) reportan que en la literatura se ha encontrado resultados mixtos con respecto a

la manifestación de la regulación emocional y su variabilidad según el sexo, pues esta diferencia tendría mayor relevancia práctica en poblaciones clínicas, mientras que, en el caso de la población general, su significancia práctica sería mínima en los niveles globales de regulación emocional.

Por otro lado, sobre las diferencias según sexo en el caso de las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria, no se encontraron diferencias significativas mediante la prueba U de Mann Whitney, y el tamaño del efecto también fue pequeño, lo que quiere decir que la variable de sexo prácticamente no tuvo impacto en la variabilidad de las características psicológicas de los TCA. Si bien estudios previos reportan mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en mujeres (Benitez et al., 2019; Ponce et al., 2017), McCabe et al. (2023) señalan que en etapas vitales posteriores tienden a atenuarse, ya que variables contextuales como el estrés académico, las demandas sociales y la transición a la vida universitaria cobran mayor relevancia que el sexo. Así, los hallazgos de la presente investigación señalan la idea de que, aunque el sexo es una variable a considerar en etapas vitales más tempranas, su efecto en la población universitaria es limitado.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, una de ellas radica en el hecho de que la muestra es no probabilística, lo cual impacta en la generalización de los resultados de la investigación, lo cual fue motivo para que este estudio se centre en la interpretación de la significancia práctica en lugar de la significancia estadística. Asimismo, existen pocos antecedentes a nivel nacional que hayan indagado la relación entre las tres variables del estudio en estudiantes universitarios, lo cual dificultó el poder hacer el contraste de los resultados obtenidos con otras investigaciones realizadas

a nivel nacional.

También es importante mencionar que el hecho de que no se haya encontrado correlaciones con una magnitud mayor del tamaño del efecto y tampoco se encontraran diferencias significativas según sexo en esta muestra se puede deber al tamaño de la muestra del presente estudio, pues un tamaño mayor podría haber permitido identificar correlaciones mayores y diferencias significativas.

Otra limitación relevante se relaciona con las variables sociodemográficas, ya que en el presente estudio se evaluaron solo algunas de ellas, sin considerar otras características que también podrían haber influido en los resultados, tales como si los estudiantes trabajaban o no, si contaban con un diagnóstico previo de un TCA, la carrera universitaria, o si eran becados. Dado que las variables consideradas en el presente estudio responden a múltiples factores individuales y contextuales, es relevante que investigaciones futuras incluyan un rango más amplio de variables sociodemográficas que puedan impactar en este proceso, con el fin de obtener una comprensión más completa de las características psicológicas de los TCA en esta población.

En cuanto a las implicancias de los resultados hallados en la investigación, a nivel profesional y en el campo de investigación, invita a la realización de otras investigaciones similares, pero en las cuales se apliquen técnicas estadísticas de predicción distintas y más robustas que permitan definir los predictores del modelo con base tanto en los valores estadísticos como en los supuestos teóricos. Por ejemplo, se podría utilizar modelos de ecuaciones estructurales, lo cual permitiría identificar relaciones más complejas entre las variables, hallar mediadores o moderadores y

aumentar la validez del modelo global.

También se abre la posibilidad de que se realicen investigaciones de las variables del presente estudio bajo un enfoque cualitativo que permita una mayor comprensión acerca de cómo se manifiestan estas variables en los estudiantes universitarios, una población no clínica, de manera que también se pueda identificar otras variables no tomadas en cuenta inicialmente que surjan como relevantes, y estén influyendo en la manifestación de la autocompasión, regulación emocional y las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria.

A nivel práctico, enfatiza en la importancia de implementar iniciativas, como talleres psicoeducativos, centrados en fortalecer habilidades de autocompasión y regulación emocional en estudiantes universitarios, sobre todo de manera preventiva, para promover un afrontamiento saludable en situaciones como exámenes o presentación de proyectos finales, y así prevenir conductas alimentarias de riesgo como formas de regulación emocional.

## CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio evidencian que, en conjunto, el modelo predictivo final explicó una proporción pequeña pero significativa a nivel práctico de la varianza de las características psicológicas de los TCA ( $R^2 = .1376$ ). Además, la falta de aceptación emocional fue el único predictor con significancia práctica de las características psicológicas de los TCA en estudiantes universitarios ( $\beta = .290$ ). Las demás variables predictoras incluidas en el modelo final: consciencia plena ( $\beta = -.090$ ), falta de consciencia emocional ( $\beta = -.141$ ) y falta de claridad emocional ( $\beta = .187$ ) no alcanzaron el umbral de significancia práctica. Dichos resultados resaltan el papel central de la aceptación emocional como un factor de riesgo en el inicio o mantenimiento de las características psicológicas de los TCA.

Estos hallazgos señalan que el desarrollo de habilidades de autocompasión y estrategias adaptativas de regulación emocional podría ser relevante para prevenir conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios, pues favorecería una postura más compasiva frente al malestar emocional frecuente en esta etapa. Asimismo, la ausencia de diferencias significativas por sexo indica que, en esta población, las variaciones en autocompasión, regulación emocional y características de TCA no dependen de dicha variable.

Finalmente, se recomienda que futuros estudios incluyan variables contextuales específicas de los estudiantes universitarios, como estrés académico, presión social vinculada a estándares de belleza e influencia de redes sociales, con el fin de comprender de manera más integral los factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, y desarrollar iniciativas de prevención más efectivas.

## REFERENCIAS

- Alhaj, O., Fekih, F., Sweidan, H., Saif, Z., Khudhair, M., Ghazzawi, H., ... & Jahrami, H. (2022). The prevalence and risk factors of screen-based disordered eating among university students: a global systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(8), 3215-3243.  
<https://doi.org/10.1007/s40519-022-01452-0>
- Alvear, C., Cruz, C., Morales, S., Quiroz, B., Ogueda, F. & Nazar, G. (2021). Estilos de alimentación y su asociación con apreciación corporal, internalización del sesgo del peso y autocompasión. *Terapia psicológica*, 39(1), 123-144.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000100123>
- Amado, C., Bianco, A. M., Boente, G., & Rodrigues, I. M. (2025). Robust estimation of heteroscedastic regression models: A brief overview and new proposals. *Statistical Papers*, 66. <https://doi.org/10.1007/s00362-025-01686-x>
- Anderson, L., Claudat, K., Cusack, A., Brown, T., Trim, J., Rockwell, R., Nakamura, T., Gomez, L & Kaye, W. H. (2018). Differences in emotion regulation difficulties among adults and adolescents across eating disorder diagnoses. *Journal of clinical psychology*, 74(10), 1867- 1873.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22638>
- Antje Gerlach, F. (2018). *A Qualitative Research regarding the Integration of Self-Compassion Interventions in Traditional Treatment: The Needs and Preferences of Anorexia Nervosa Patients* [Trabajo de grado, Universidad de Twente]. <https://essay.utwente.nl/76100/>
- Aravena, C. (2016). Trastornos de conducta alimentaria desde la perspectiva psicoanalítica contextual. *Federación psicoanalítica de América Latina*.  
<http://www.fepal.org/wp-content/uploads/363-esp.pdf>
- Araya, C. & Moncada, L. (2016). Auto-compasión: origen, concepto y evidencias

- preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946989008.pdf>
- Ardela, C. & Olivas, L. (2019). Escala de autocompasión (SCS): evidencias psicométricas iniciales en adolescentes de Lima. *PsiqueMag*, 8(2), 77-95.
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Asociación TCA Aragón. (2020, 1 de junio). *Estadísticas sobre los TCA*.  
<https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>
- Backderf, C. (2024). *An Analysis of body-specific mechanisms explaining the associations between self-compassion, body checking, and body image avoidance* [Tesis de maestría, Universidad de Minnesota].  
<https://hdl.handle.net/11299/267905>
- Barakat, S., McLean, S., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
- Barnard, L. & Curry, J. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289–303.  
<https://doi.org/10.1037/a0025754>
- Barreto Seoane, M. (2019). *Prevención de la anorexia nerviosa en la adolescencia: revisión bibliográfica* [Trabajo de grado, Universidad de La Coruña].  
[https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/25287/BarretoSeoane\\_Marta\\_TFG\\_2019.pdf?sequence=2](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/25287/BarretoSeoane_Marta_TFG_2019.pdf?sequence=2)

- Benitez, A., Sánchez, S., Bermejo, M., Franco, L., García, M., & Cubero, J. (2019). Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enfermería Global*, 18(2), 124-143. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>
- Bevione, F., Martini, M., Toppino, F., Longo, P., Abbate, G., Brustolin, A. & Panero, M. (2024). Cognitive Impulsivity in Anorexia Nervosa in Correlation with Eating and Obsessive Symptoms: A Comparison with Healthy Controls. *Nutrients*, 16(8), 1156. <https://doi.org/10.3390/nu16081156>
- Bragado Díez, I. (2021). *Propuesta de un plan de cuidados enfermeros de actuación ante la bulimia nerviosa* [Trabajo de grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47760/TFG-H2266.pdf?sequence=1>
- Bruening, A. B., & Perez, M. (2019). Compensatory behaviors among racial and ethnic minority undergraduate women. *Eating Disorders*, 27(2), 123-136. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1585685>
- Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M.S., Codesal, R., Blanco, A., & Morales, L. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25(1), 19-37. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70024-6](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70024-6)
- Caqueo, A., Mena, P., Flores, J., Narea, M. & Irrázaval, M. (2020). Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 203-222. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200203>
- Cárdenas Bernardo, Y. (2024). *Dificultades en la regulación emocional, autocompasión y miedo a la evaluación negativa en estudiantes de una universidad privada de Huancayo-2023*. [Trabajo de grado, Universidad Continental]. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/14999>
- Cheung, R., Ke, Z. & Ng, M. (2020). Dispositional mindfulness and mental health in

- Chinese emerging adults: A multilevel model with emotion dysregulation as a mediator. *Plos one*, 15(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239575>
- Ciriaco Ruiz, M. (2023, 28 de octubre). *Crisis silenciosa en Perú: Trastornos alimenticios en menores de edad se triplicaron en 5 años. El Comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/trastornos-alimenticios-en-menores-de-edad-crecieron-300-en-5-anos-el-avance-de-la-problematika-en-las-regiones-y-los-signos-de-alarma-informe-anorexia-bulimia-salud-mental-obesidad-vigorexia-ecdata-noticia/>
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive–emotional–behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 14(6), 448-461. <https://doi.org/10.1002/erv.747>
- Cortés, L., Rodríguez, R. & Von Soest, T. (2022). Prospective associations between loneliness and disordered eating from early adolescence to adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 55(12), 1678-1689. <https://doi.org/10.1002/eat.23793>
- Dane, A. & Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>
- Díaz, M., Bilbao, G., Unikel, C., Muñoz, A., Escalante, E., & Parra, A. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 53-65. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.490>
- Djalev, L. & Yordanov, I. (2019). Bulgarian Adaptation of the Long Form of the Eating Attitudes Test for Adolescents Aged 14-18. *Journal of Psychology*, 7(2), 74-83. <https://doi.org/10.15640/jpbs.v7n2a8>

- Domínguez, S. (2017). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*, 18, 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Donald, J., Ciarrochi, J., Parker, P., Sahdra, B., Marshall, S. & Guo, J. (2018). A worthy self is a caring self: Examining the developmental relations between self-esteem and self-compassion in adolescents. *Journal of personality*, 86(4), 619-630. <https://doi.org/10.1111/jopy.12340>
- Duarte, J. & Mendieta, H. (2019). Trastornos de la Conducta alimentaria. Problema de Salud Pública. <https://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/104520>
- Emiro, J., & Castañeda, T. (2020). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 49(3), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.003>
- Erskine, H. E., & Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current opinion in psychiatry*, 31(6), 462-470. doi: 10.1097/YCO.0000000000000449
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532–538. <https://doi.org/10.1037/a0015808>
- Fontalvo, G. (2020). *Modelos explicativos y funcionales de la Anorexia Nerviosa: Una revisión teórica* [Trabajo de grado, Universidad de la Costa]. <https://repositorio.cuc.edu.co/entities/publication/7b7f5ac0-51e4-405a-90ed-21d7cc7b6bd4>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/109/5/1402/5480601>
- Gandarillas A., Zorilla B., Sepúlveda A. & Muñoz P. (2003). *Trastornos del*

*comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid.* Documentos Técnicos de Salud Pública.

[https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia\\_tca\\_en\\_mujeres\\_adolescentes.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia_tca_en_mujeres_adolescentes.pdf)

- García, J., Navarro, M., Andrés, E., Montero, J., López, L. & Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self- Compassion Scale (SCS). *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Garner, D. & Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research*, 6(2), 123-150. <https://doi.org/10.1007/BF01183887>
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Geller, J., Iyar, M., Kelly, A., & Srikameswaran, S. (2019). Barriers to self-compassion in the eating disorders: The factor structure of the fear of self-compassion scale. *Eating Behaviors*, 35, 101334. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101334>
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self- criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Goldstein, A. & Gvion, Y. (2019). Socio-demographic and psychological risk factors for suicidal behavior among individuals with anorexia and bulimia nervosa: A

systematic review. *Journal of affective disorders*, 245, 1149-1167.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.015>

Gómez, O. & Calleja, N. (2017). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 8(1), 96-117.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>

Gómez, C., Palma, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V., Campos del Portillo, R., Virgili, M., Martínez, M., Mories, M., Castro, M. & Martín, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 35, 11-48. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>

Gonzales, E., Figueroa, Z. & Romero, F. (2018). Frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de la escuela de nutrición de la Universidad César Vallejo Lima este, 2017. *UCV Scientia Biomédica*, 1(2), 80-84.

<https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/ucvscientiabiomedica/article/download/13/14>

Gouveia, M., Canavarro, M., & Moreira, H. (2019). Associations between mindfulness, self-compassion, difficulties in emotion regulation, and emotional eating among adolescents with overweight/obesity. *Journal of Child and Family Studies*, 28(1), 273-285. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1239-5>

Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://asset-pdf.scinapse.io/prod/2017039362/2017039362.pdf>

Gross, J. (2008). Emotion regulation. En M. Lewis, J. Haviland & L. Feldman, *Handbook of emotions* (497-513). The Guilford Press.

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?>

[doi=10.1.1.934.3311&rep=rep1&type=pdf#page=514](https://doi.org/10.1.1.934.3311&rep=rep1&type=pdf#page=514)

- Gross, J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26.  
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. En J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-26). New York: The Guilford Press
- Guzmán, M., Carrasco, N., Figueroa, P., Trabucco, C. & Vilca, D. (2016). Estilos de apego y dificultades de regulación emocional en estudiantes universitarios. *Psyche*, 25(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.7764/psyche.25.1.706>
- Haynos, A., Wang, S. & Fruzzetti, A. E. (2018). Restrictive eating is associated with emotion regulation difficulties in a non-clinical sample. *Eating disorders*, 26(1), 5-12. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418264>
- Heider, N., Spruyt, A. & De Houwer, J. (2018). Body dissatisfaction revisited: On the importance of implicit beliefs about actual and ideal body image. *Psychologica Belgica*, 57(4), 158.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6194529/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Editorial McGrawHill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial McGrawHill.  
<https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Hessler, J., Heese, J., Berking, M., Voderholzer, U. & Diedrich, A. (2020). Emotion regulation strategies in bulimia nervosa: an experimental investigation of mindfulness, self-compassion, and cognitive restructuring. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/s40479-020-00129-3>

Hilbert, A. (2019). Binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 33-43.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>

Hopkins, T. (2016). *The impact of varieties of shame on disordered eating: Exploring the influence of emotion regulation and self-compassion* [Tesis de doctorado, Universidad del Sur de Mississippi].

<https://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?>

[referer=&httpsredir=1&article=1387&context=dissertations](https://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1387&context=dissertations)

Howard, M., Gregertsen, E., Hindocha, C. & Serpell, L. (2020). Impulsivity and compulsivity in anorexia and bulimia nervosa: a systematic review.

*Psychiatry Research*, 293, 113354.

<https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10108051/1/1-s2.0-S0165178120304996-main.pdf>

Hussain, M. (2020). *Exploring the effects of mindful eating, self-kindness and self-distancing on promoting healthier eating behaviors* [Tesis de doctorado,

Universidad de la ciudad de Birmingham]. <https://www.open-access.bcu.ac.uk/13438/>

Iraurgi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la

significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte de salud mental*, 8(34), 94-110. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830218.pdf>

Jara Urrutia, B. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario actitudes ante la alimentación en estudiantes de una universidad privada de Trujillo* [Trabajo de grado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio institucional de la Universidad Privada Antenor Orrego.

<https://hdl.handle.net/20.500.12759/6419>

Jeng, C. (2023). Why a variance inflation factor of 10 is not an ideal cutoff for multicollinearity diagnostics. *Journal of Education Studies*, 57(2), 67-93.

10.53106/199044282023105702004

- Kaur, A., Kailash, S., Sureshkumar, K., Sivabackiya, C. & Rumaisa, N. (2022). Gender differences in emotional regulation capacity among the general population. *International Archives of Integrated Medicine*, 9(1), 22-28. [https://www.iaimjournal.com/wp-content/uploads/2022/02/iaim\\_2022\\_0901\\_03.pdf](https://www.iaimjournal.com/wp-content/uploads/2022/02/iaim_2022_0901_03.pdf)
- Kenny, M. & Williams, J. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 617-625. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.008>
- Kneeland, E., Dovidio, J., Joormann, J. & Clark, M. (2016). Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical psychology review*, 45, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.008>
- Kożybska, M., Radlińska, I., Czerw, A., Dykowska, G. & Karakiewicz, B. (2021). There are predictors of eating disorders among internet use characteristics—A cross-sectional study on the relationship between problematic internet use and eating disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10269. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910269>
- Kristanto, T., Chen, W. S., & Thoo, Y. Y. (2016). Academic burnout and eating disorder among students in Monash University Malaysia. *Eating behaviors*, 22, 96-100. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.029>
- Lavender, J. & Mitchell, J. (2015). Eating disorders and their relationship to impulsivity. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2, 394-401. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0061-6>
- Liu, X., Liu, L., Yu, H., Yang, X., Liu, Z., Yu, Z., ... & Liu, Y. (2025). Global, regional, and national burdens of eating disorders from 1990 to 2021 and projection to 2035. *Frontiers in Nutrition*, 12, 1595390. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1595390>
- Lugo, K. & Pineda, G. (2020). Propiedades psicométricas del Test de Actitudes

Alimentarias (EAT-26) en una muestra no clínica de adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(2), 1-16.

<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/CHP/articloe/download/3141/2701>

Lydecker, J. A. & Grilo, C. M. (2019). I didn't want them to see: Secretive eating among adults with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 153-158. 10.1002/eat.23002

MacBeth, A. & 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>

Magallanes, A. y Sialer, J. (2019). *Propiedades psicométricas de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en universitarios de Ciencias de la Salud* [Trabajo de grado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas].

Repositorio académico UPC.

[https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626361/Magallanes\\_OA.pdf?sequence=3](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626361/Magallanes_OA.pdf?sequence=3)

Makri, E., Michopoulos, I. & Gonidakis, F. (2022). Investigation of Loneliness and Social Support in Patients with Eating Disorders: A Case-Control Study.

*Psychiatry International*, 3(2), 142-157.

<https://doi.org/10.3390/psychiatryint3020012>

Maldonado, C. & Nazar, G. (2021). Autocompasión como moderador entre apreciación corporal y estilos de alimentación en mujeres adultas emergentes.

*Terapia psicológica*, 39(1), 63-80. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000100063>

Mallorquí, N., Vintró, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez, S., Menchón, J., Treasure, J. & Fernández, F. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 53-61.

<https://doi.org/10.1002/erv.2570>

- Martin, R., & Ochsner, K. (2016). The neuroscience of emotion regulation development: Implications for education. *Current opinion in behavioral sciences*, *10*, 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.006>
- Mayhew, A., Pigeyre, M., Couturier, J. & Meyre, D. (2018). An evolutionary genetic perspective of eating disorders. *Neuroendocrinology*, *106*(3), 292-306. <https://doi.org/10.1159/000484525>
- McCabe, M., Tatangelo, G., Watson, B., Fuller-Tyszkiewicz, M., Rodgers, R. F., Aimé, A., ... & Ricciardelli, L. (2019). Development and testing of a model for risk and protective factors for eating disorders and higher weight among emerging adults: A study protocol. *Body image*, *31*, 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.10.001>
- McCabe, M., Alcaraz, M., Markey, C., Sicilia, A., Rodgers, R., Aimé, A., ... & Fuller, M. (2023). A longitudinal evaluation of a biopsychosocial model predicting BMI and disordered eating among young adults. *Australian Psychologist*, *58*(2), 57-79. <https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2181686>
- Méndez, J., Vázquez, V. & García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del hospital infantil de México*, *65*(6), 579-592. <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a14.pdf>
- Messer, M., Anderson, C. & Linardon, J. (2021). Self-compassion explains substantially more variance in eating disorder psychopathology and associated impairment than mindfulness. *Body Image*, *36*, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.002>
- Meyer, L. & Leppma, M. (2019). The role of mindfulness, self-compassion, and emotion regulation in eating disorder symptoms among college students. *Journal of College Counseling*, *22*(3), 211-224. <https://doi.org/10.1002/jocc.12138>

- Miller, A. & Racine, S. (2020). Emotion regulation difficulties as common and unique predictors of impulsive behaviors in university students. *Journal of American College Health*, 70(5), 1387-1395.  
<https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1799804>
- Ministerio de Salud. (2017). *Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C. & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of cardiac anaesthesia*, 22(1), 67.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350423/>
- Muñoz, A., Vargas, R. & Hoyos, J. (2016). Escala de dificultades de en regulación emocional (DERS): Análisis factorial de una muestra colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 19(1), 237-248.  
<https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.10>
- Muris, P. & Petrocchi, N. (2016). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 373-383.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Murn, L. & Steele, M. R. (2019). What matters most? Age and gender differences in self-compassion and body attitudes among college students. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(4), 541-560.  
<https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1605334>
- Neff, K. (2003). 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. (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. & Dahm, K. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. En B. Ostafin, M. Robinson & B. Meier (Eds.), *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). Springer, New York, NY. [https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/Mindfulness\\_and\\_SC\\_chapter\\_in\\_press.pdf](https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/Mindfulness_and_SC_chapter_in_press.pdf)
- Neff, K. & Germer, C. (2017). Self-compassion and psychological well-being. En E. M. Seppälä, E. Simon, S. Brown, M. Worline, C. Cameron, & J. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 371-385). Oxford University Press.  
[https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=xMQ2DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA371&dq=Neff+and+Germer,+2017&ots=UIse\\_vo7oD&sig=WHC1QNW9oMOHBhYRiXCzA7Q6Vvc&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Neff%20and%20Germer%2C%202017&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=xMQ2DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA371&dq=Neff+and+Germer,+2017&ots=UIse_vo7oD&sig=WHC1QNW9oMOHBhYRiXCzA7Q6Vvc&redir_esc=y#v=onepage&q=Neff%20and%20Germer%2C%202017&f=false)
- Odou, N. & Brinker, J. (2014). Exploring the relationship between rumination, self-compassion, and mood. *Self and Identity*, 13(4), 449-459.  
<https://doi.org/10.1080/15298868.2013.840332>
- Pardo, A. & Ruiz, M. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. McGrawHill.  
[https://www.academia.edu/39339521/An%C3%A1lisis\\_de\\_datos\\_con\\_SPSS\\_13\\_Base\\_Antonio\\_Pardo\\_Merino\\_1ED](https://www.academia.edu/39339521/An%C3%A1lisis_de_datos_con_SPSS_13_Base_Antonio_Pardo_Merino_1ED)
- Pauley, G. & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129-143.  
<https://doi.org/10.1348/147608309X471000>
- Pastorelli, J., & Gargurevich, R. (2018). Propiedades psicométricas de la escala de autocompasión en estudiantes de Medicina de Lima. *Revista Interamericana de Psicología*, 52(2). <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v52i2.504>
- Peebles, R. & Sieke, E. (2019). Medical complications of eating disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(4), 593-615.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.009>

Pengpid, S., & Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 349-355.

<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0507-0>

Perurena Asis, A. (2019). *Bulimia nerviosa y su tratamiento cognitivo-conductual* [Trabajo de grado, Universidad de la República].

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23007/1/Perurena%20Asis%2C%20Antonella.pdf>

Pinto, J., Carvalho, S., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., Duarte, J., Cunha, M., Matos, M. & Costa, J. (2019). Incorporating psychoeducation, mindfulness and self-compassion in a new programme for binge eating (BEfree): Exploring processes of change. *Journal of health psychology*, 24(4), 466-479. <https://doi.org/10.1177/1359105316676628>

Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C., Viteri, L., Carhuancho, J., & Taype, Á. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 551-561.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000400006)

Potterton, R., Richards, K., Allen, K., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders during emerging adulthood: A systematic scoping review. *Frontiers in Psychology*, 10, 3062. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03062>

Prefit, A. B., Căndea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>

Pullmer, R., Coelho, J. & Zaitsoff, S. (2019). Kindness begins with yourself: The role of self-compassion in adolescent body satisfaction and eating pathology.

*International Journal of Eating Disorders*, 52(7), 809-816.

<https://doi.org/10.1002/eat.23081>

- Quiñones, M., Arhuis, W., Pérez, G., Coronado, J., & Cjuno, J. (2022). Síntomas de ansiedad, conductas agresivas y trastornos alimentarios en adolescentes del norte de Perú. *Apuntes Universitarios*, 12(1), 92-107.  
<https://apuntesuniversitarios.upeu.edu.pe/index.php/revapuntes/article/download/917/851>
- Raffone, F., Atripaldi, D., Barone, E., Marone, L., Carfagno, M., Mancini, F., ... & Martiadis, V. (2025). Exploring the Role of Guilt in Eating Disorders: A Pilot Study. *Clinics and Practice*, 15(3), 56.  
<https://doi.org/10.3390/clinpract15030056>
- Roca, E. (2013). Autoestima sana. *Una visión actual, basada en la investigación*. ACDE Ediciones.
- Rome, E. & Strandjord, S. (2016). Eating disorders. *Pediatrics in Review*, 37(8), 323-336. doi: 10.1542/pir.2015-0180
- Romero, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista de Enfermería del Trabajo*, 6(3), 114.
- Ruesta Espinoza, A. C. (2020). *Revisión teórica de la regulación emocional* [Trabajo de grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio USAT. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/3133>
- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N., & Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1-7. doi: 10.1186/s40479-016-0037-1
- Rutzstein, G., Murawski, B., Scappatura, M., Elizathe, L., Leonardelli, E & Custodio, J. Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Inventory). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 11(1), 52-75. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.1.613>
- Sabatier, C., Restrepo, D., Moreno, M., Hoyos De los Rios, O. & Palacio, J. (2017).

Emotion Regulation in Children and Adolescents: concepts, processes and influences. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 101-110.

<https://doi.org/10.14482/psdc.34.1.9778>

Sánchez, R. & Díaz, R. (2009). Identificación de las estrategias de regulación emocional para la frustración y el enojo, mediante una medida psicométrica. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 54-69.

<http://mail.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/92/5>

Sloan, E., O'donnell, R., Bianchi, V., Simpson, A., Cox, R. & Hall, K. (2018). Distress, emotional clarity, and disordered eating in young people with complex emotional and behavioural difficulties. *Clinical Psychologist*, 22(2), 148-157. <https://doi.org/10.1111/cp.12154>

Solly, J., Chamberlain, S., Lust, K. & Grant, J. (2021). Binge-eating disorder in university students: high prevalence and strong link to impulsive and compulsive traits. *CNS Spectrums*, 28(1), 61-69.

<https://doi.org/10.1017/s1092852921000882>

Soper, D. (2023). (2023, 26 de agosto). *Calculator: A- priori Sample Size Calculator for Multiple Regression* [Software].

<https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=1>

Steward, T., Mestre, G., Vintró, C., Agüera, Z., Jiménez, S., Granero, R., & Fernández, F. (2017). Delay discounting of reward and impulsivity in eating disorders: from anorexia nervosa to binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 601-606. <https://doi.org/10.1002/erv.2543>

Susanto, R., Nasution, E., Sanulita, H. & Lumbantoruan, J. H. (2024). The Impact of Student Psychological Factors on Self-Regulation in Learning in Primary Schools. *Elementary School Forum*, 11(1). 10.53400/mimbar-sd.v11i1.68907

Tavolacci, M., Déchelotte, P., & Ladner, J. (2020). Eating disorders among college students in France: Characteristics, help-and care-seeking. *International*

*Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5914. doi:  
10.3390/ijerph17165914

Tecuta, L., Gardini, V., Schumann, R., Ballardini, D. & Tomba, E. (2021). Irrational beliefs and their role in specific and non-specific eating disorder symptomatology and cognitive reappraisal in eating disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 10(16), 3525. <https://doi.org/10.3390/clinpract15030056>

Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 79, 101856.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856>

Wade, T. (2019). Recent research on bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 21-32. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.002>

Wassenaar, E., Friedman, J. & Mehler, P. (2019). Medical complications of binge eating disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(2), 275-286.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.010>

Weinbach, N., Sher, H., & Bohon, C. (2018). Differences in emotion regulation difficulties across types of eating disorders during adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 46(6), 1351-1358.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-017-0365-7>

Williamson, D., White, M., York, E. & Stewart, T. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior modification*, 28(6), 711-738. doi:  
0.1177/0145445503259853

Wolf, E., Harrington, K., Clark, S. & Miller, M. (2013). Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educational and psychological measurement*, 73(6), 913-934. doi:  
10.1177/0013164413495237

Wolff, G. & Treasure, J. (2008). Medical and psychological consequences of eating

disorders. En J. Morris (Ed.), *ABC of Eating Disorders* (20-25). Blackwell Publishing Ltd.

[https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=ME7rMQqLzI8C&oi=fnd&pg=PA20&dq=eating+disorders+psychological+consequences&ots=EaKo8UvXL6&sig=onUdkxBeWusZlltRkleZFFdc2Yg&redir\\_esc=y#v=onepage&q=eating%20disorders%20psychological%20consequences&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=ME7rMQqLzI8C&oi=fnd&pg=PA20&dq=eating+disorders+psychological+consequences&ots=EaKo8UvXL6&sig=onUdkxBeWusZlltRkleZFFdc2Yg&redir_esc=y#v=onepage&q=eating%20disorders%20psychological%20consequences&f=false)

Yang, H., Zhou, X., Xie, L. & Sun, J. (2023). The effect of emotion regulation on emotional eating among undergraduate students in China: the chain mediating role of impulsivity and depressive symptoms. *Plos one*, 18(6).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280701>

Yönder, M. & Karakaş, M. (2020). Relationship between emotional eating and coping with stress of nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 433-442. <https://doi.org/10.1111/ppc.12599>

Zapata Carratalá, C. (2021). *Utilidad de la regresión lineal múltiple en estudios de ciencias de la salud* [Trabajo de grado, Universidad Católica de Valencia]. <http://hdl.handle.net/20.500.12466/1925>

Zapata, D., Granfeldt, G., Muñoz, S., Celis, M., Vicente, B., Sáez, K., Peterman, F., Gaete, D., Leonario, M. & Mosso, C. (2018). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos de diferentes tipos de establecimientos educacionales. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 68(3), 28-34. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2018/3/art-4/>

Zelkowitz, R. & Cole, D. (2020). Longitudinal relations of self-criticism with disordered eating behaviors and nonsuicidal self-injury. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1097-1107. <https://doi.org/10.1002/eat.23284>

Zipfel, S., Schmidt, U., & Giel, K. E. (2022). The hidden burden of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 9(1), 9-11. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00435-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00435-1)

## ANEXOS

### 1. Instrumentos de recolección de información

#### FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

<b>Título del estudio:</b>	AUTOCOMPASIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL COMO PREDICTORES DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA
<b>Código de participante</b>	
<b>Investigador (a):</b>	Grecia Janeth Cahuata Chunocca
<b>Institución:</b>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

En primer lugar, le agradezco por aceptar formar parte de esta investigación que tiene como objetivo determinar la medida en que las dimensiones de la autocompasión y regulación emocional predicen las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.

A continuación, encontrará 4 formularios que deberá completar:

- A. Ficha de datos sociodemográficos
- B. Escala de Autocompasión
- C. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional
- D. Cuestionario de actitudes alimentarias abreviado

Si tiene alguna consulta o pregunta durante el desarrollo de las pruebas, no dude en consultarme para así resolver su inquietud. Cabe recalcar que no existe respuesta buena ni mala.

Muchas gracias por su colaboración

#### Ficha de datos sociodemográficos

Edad	
Sexo (marca según consideres)	F o M
Ciclo de estudios	

## Escala de Autocompasión

### Instrucciones:

A continuación, lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones e indique entre el 1 (casi nunca) al 5 (casi nunca) la frecuencia con la que se comporta de la manera indicada cuando atraviesa momentos difíciles.

Marque con una X en la casilla que corresponda.

Casi nunca 1 2 3 4 5 Casi siempre

1.	Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos	1	2	3	4	5
2.	Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal	1	2	3	4	5
3.	Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir.	1	2	3	4	5
4.	Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.	1	2	3	4	5
5.	Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.	1	2	3	4	5
6.	Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia	1	2	3	4	5
7.	Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.	1	2	3	4	5
8.	Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5
9.	Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.	1	2	3	4	5
10.	Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.	1	2	3	4	5
11.	Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.	1	2	3	4	5
12.	Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.	1	2	3	4	5
13.	Cuando estoy bajo/a de ánimo tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.	1	2	3	4	5
14.	Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.	1	2	3	4	5
15.	Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana	1	2	3	4	5
16.	Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.	1	2	3	4	5
17.	Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.	1	2	3	4	5
18.	Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.	1	2	3	4	5

19.	Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.	1	2	3	4	5
20.	Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.	1	2	3	4	5
21.	Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.	1	2	3	4	5
22.	Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente	1	2	3	4	5
23.	Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.	1	2	3	4	5
24.	Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.	1	2	3	4	5
25.	Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.	1	2	3	4	5
26.	Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.	1	2	3	4	5

## Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

### Instrucciones:

A continuación, lea las siguientes afirmaciones e indique escribiendo entre el 1 (casi nunca) al 5 (casi nunca) la frecuencia en la que las afirmaciones se aplican para usted. Debe escribir el número que elija para cada enunciado según la siguiente escala:

**1: casi nunca, 2: pocas veces, 3: a veces, 4: la mayoría de veces, 5: casi siempre**

- \_\_\_\_\_ 1. Tengo claro lo que siento (ya sea enojo, alegría, tristeza, etc.).
- \_\_\_\_\_ 2. Presto atención a cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 3. Experimento mis emociones como abrumadores y fuera de control
- \_\_\_\_\_ 4. No tengo idea de cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 5. Me resulta difícil comprender cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 6. Estoy atento a mis sentimientos.
- \_\_\_\_\_ 7. Sé exactamente cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 8. Le doy importancia a lo que siento.
- \_\_\_\_\_ 9. Estoy confundido sobre cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 10. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), sé reconocer exactamente cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 11. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me enojo conmigo mismo por sentirme de esa manera.
- \_\_\_\_\_ 12. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me avergüenzo por sentirme de esa manera.
- \_\_\_\_\_ 13. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), tengo dificultad para hacer mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ 14. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me pongo fuera de control.
- \_\_\_\_\_ 15. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), creo que acabaré sintiéndome muy deprimido.
- \_\_\_\_\_ 16. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), creo que mis sentimientos son válidos e importantes.
- \_\_\_\_\_ 17. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me es difícil concentrarme en otras cosas.
- \_\_\_\_\_ 18. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me siento fuera de control.
- \_\_\_\_\_ 19. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), puedo cumplir con lo que tengo que hacer.

\_\_\_\_\_20. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me siento apenado conmigo mismo por sentirme de esa manera.

\_\_\_\_\_21. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), sé que puedo encontrar la forma de sentirme mejor después.

\_\_\_\_\_22. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me siento como si fuera una persona débil.

\_\_\_\_\_23. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), creo que puedo mantener el control de mi comportamiento.

\_\_\_\_\_24. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me siento culpable por sentirme de esa manera.

\_\_\_\_\_25. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), tengo dificultades para concentrarme.

\_\_\_\_\_26. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), tengo dificultades para controlar mi comportamiento.

\_\_\_\_\_27. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.

\_\_\_\_\_28. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me irrito conmigo mismo por sentirme de esa manera.

\_\_\_\_\_29. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo.

\_\_\_\_\_30. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por ese sentimiento.

\_\_\_\_\_31. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), pierdo el control sobre mi comportamiento.

\_\_\_\_\_32. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), se me dificulta pensar en cualquier otra cosa.

\_\_\_\_\_33. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me tomo mi tiempo para comprender lo que realmente estoy sintiendo.

\_\_\_\_\_34. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me toma mucho tiempo sentirme mejor.

\_\_\_\_\_35. Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), mis emociones parecen desbordarse (se escapan de mis manos)

## Cuestionario de actitudes alimentarias abreviado (EAT - 26)

### Instrucciones:

El cuestionario consta de 26 ítems. A continuación, lea los ítems de forma pausada uno por uno, y si el ítem describe su actitud de hace tres meses hasta el día de hoy, marque con una X en el recuadro “Siempre”, “Casi siempre”, “A veces”, “Casi nunca” o “Nunca”, según se adapte a tu rutina.

<b>S</b> =Siempre	<b>CS</b> = Casi siempre	<b>AV</b> : A veces	<b>CN</b> : Casi nunca	<b>N</b> = Nunca
-------------------	--------------------------	---------------------	------------------------	------------------

N.	Ítems	S	CS	AV	CN	N
1.	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a					
2.	Procuro no comer cuando tengo hambre					
3.	La comida es para mí una preocupación habitual					
4.	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer					
5.	Corto mis alimentos en trozos pequeños					
6.	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como					
7.	Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)					
8.	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más					
9.	Vomito después de comer					
10.	Me siento muy culpable después de comer					
11.	Me obsesiona el deseo de estar más delgada/o					
12.	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías					
13.	Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o					
14.	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de celulitis					
15.	Tardo más tiempo que los demás en comer					

16.	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar					
17.	Como alimentos dietéticos					
18.	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida					
19.	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida					
20.	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más					
21.	Paso demasiado tiempo pensando en comida					
22.	No me siento bien después de haber comido dulces					
23.	Estoy haciendo dieta					
24.	Me gusta tener el estómago vacío					
25.	Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías					
26.	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar					

## 2. Consentimiento Informado

### Consentimiento informado para adultos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
(Adultos)	
<i>Título del estudio:</i>	AUTOCOMPASIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL COMO PREDICTORES DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA
<i>Investigador (a):</i>	Cahuata Chunocca, Grecia Janeth
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

#### Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en una investigación que tiene como objetivo determinar cuál es la influencia que tienen la autocompasión y la regulación emocional sobre las características de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Esta investigación es llevada a cabo por una egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son alteraciones crónicas y complejas que afectan la salud mental y se caracterizan por la insatisfacción con la imagen corporal, preocupaciones excesivas relacionadas con la alimentación, el peso y comportamientos alimentarios perjudiciales. Además, una de las poblaciones más vulnerables de padecer un TCA es la población universitaria debido a la presencia de características de la propia etapa de la adultez y estresores del entorno. Así, la autocompasión (definida como la compasión dirigida hacia uno mismo en momentos de fracaso, dolor y sufrimiento personal) y la regulación emocional (conjunto de acciones que se realizan con la finalidad de controlar una determinada emoción y lograr un objetivo en específico) son factores importantes que pueden influir en la aparición y mantenimiento de los TCA de manera que tener una mejor comprensión acerca del papel de estas variables permitirá un mejor manejo de los TCA.

#### Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se completará una ficha sociodemográfica con la finalidad de recoger algunos datos de los participantes que permitan interpretar los resultados y así responder a los objetivos de la investigación.
2. Se tomará una prueba psicológica que evalúa la autocompasión, es decir, la predisposición para ser amable y comprensivo con uno mismo, específicamente en situaciones en las cuales se tiene que lidiar con fracasos, errores o limitaciones. La prueba consta de 26 ítems y toma un tiempo de 15 minutos aproximadamente.
3. Se tomará una prueba psicológica que evalúa las dificultades en la regulación emocional, es



**APROBADO**  
F. APROBACIÓN 20,08,24

decir, procesos y habilidades que tiene la persona para influir sobre sus emociones, y que son considerados disfuncionales. La prueba consta de 35 ítems y toma un tiempo de 20 minutos aproximadamente.

4. Se tomará una prueba psicológica que evalúa las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria que son aquellos rasgos conductuales y actitudinales relacionados a la alimentación, figura corporal y el peso que forman parte de la sintomatología de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. La prueba consta de 26 ítems y toma un tiempo de 15 minutos aproximadamente.
5. Los resultados de las pruebas serán utilizados solo con fines del estudio y, para mantener la confidencialidad de los participantes, serán trasladados a una base de datos donde serán codificados.

Una vez que se realice la codificación de los resultados en la base de datos, las fichas llenadas a mano de las pruebas serán archivadas, por lo que solo quedará el registro virtual de los resultados al cual tendrá acceso solo la investigadora. Estos registros serán eliminados tres años después de que la investigación haya sido publicada.

#### **Riesgos:**

Con respecto a los riesgos del presente estudio, durante el desarrollo de las pruebas, puede presentarse alguna incomodidad o afectación debido al contenido o ítems de las pruebas. De ser así, el participante podrá acceder al servicio psicológico de la institución para la contención emocional respectiva, pues se contará con la participación de un psicólogo mientras se lleva a cabo el desarrollo de las pruebas.

Asimismo, si el participante se siente incómodo durante alguna etapa del proceso de investigación, tiene la libertad de retirarse sin ser cuestionado de alguna forma.

#### **Beneficios:**

Se beneficiará de un tríptico con contenido psicoeducativo acerca cómo fomentar las habilidades relacionadas con la autocompasión y una regulación emocional adaptativa, además de las características de los trastornos de conducta alimentaria y cómo prevenirlos.

Asimismo, se brindará una charla psicoeducativa realizada por la investigadora. Los contenidos de esta charla serán definidos con las autoridades de la institución. Cabe recalcar que la asistencia a esta charla será voluntaria. El enlace de la charla virtual estará en el tríptico.

#### **Costos y compensación**

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

#### **Confidencialidad:**

La investigadora guardará su información con códigos y no con nombres. Solo esta tendrá acceso a las bases de datos. Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.



**APROBADO**  
F. APROBACIÓN 20,08,24

**Derechos del participante:**

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a Grecia Janeth Cahuata Chunocca, al teléfono [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [orvei.ciei@oficinas-upch.pe](mailto:orvei.ciei@oficinas-upch.pe)

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

**Una copia de este consentimiento informado le será entregada.**

**DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.


<b>Nombres y Apellidos Participante</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha y Hora</b>
<b>Nombres y Apellidos Testigo (si el participante es analfabeto)</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha y Hora</b>
<b>Nombres y Apellidos Investigador</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha y Hora</b>



**APROBADO**  
F. APROBACIÓN 20.08.24



### 3. Tríptico psicoeducativo entregado a los participantes

## CONSTRUYE UNA RELACIÓN SALUDABLE CON TU CUERPO




A continuación, encontrarás unas pautas específicas basadas en la autocompasión y regulación emocional que puedes utilizar cuando surge malestar relacionado al físico o la alimentación

**Mente sabia: ¿qué me pasa y qué necesito ahora?**

<b>Sobre control</b> 	<b>Descontrol</b> 
---	--


**Sabiduría**




### Pautas

- Dirige tu atención hacia el ambiente (visión, audición, temperatura)
- Comer acompañado/a.
- Participa de las conversaciones
- Nota los pensamientos que surgen y amablemente vuelve tu mente hacia el ambiente y las personas que te rodean
- Libérate de influencers y cuentas en redes sociales que fomentan la mentalidad de dieta.

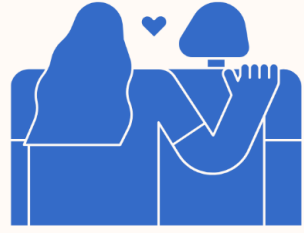
¿Quieres conocer más acerca de este tema?  
¿Deseas conocer más estrategias?  
Únete a la charla psicoeducativa por Zoom:  
**Fecha: por definir**  
**Hora: por definir**  
**LINK ZOOM**



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**



**AUTOCOMPASIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL: HERRAMIENTAS PARA PREVENIR LOS TCA**



## LOS TCA...



Los trastornos de conducta alimentaria son alteraciones crónicas, complejas y multicausales que se caracterizan por:

- Insatisfacción con la imagen corporal
- Preocupaciones excesivas relacionadas con la alimentación y el peso
- Comportamientos alimentarios perjudiciales



Los TCA son un problema de salud pública por sus graves consecuencias.

La autocompasión y la regulación emocional son factores importantes en los TCA, pues mientras **las conductas alimentarias de riesgo surgen como intentos desadaptativos de regular emociones** percibidas como negativas, **la autocompasión fomenta una regulación adaptativa para afrontar dichos estados emocionales.**



### LA AUTOCOMPASIÓN: UN PILAR FUNDAMENTAL

La autocompasión es una forma de relacionarse con uno mismo e implica una disposición para ser amable y comprensiva consigo mismo, especialmente al enfrentar fracasos, errores o limitaciones.

#### Estrategia

#### Tomando distancia de la autocrítica

Cuando te encuentras atrapado en pensamientos autocríticos, aprender a distanciarte puede aliviar el malestar:

1. **Reconoce** un pensamiento autocrítico en tu mente
2. **Dite a ti mismo:** "Noto que estoy pensando en..." o "Estoy teniendo el pensamiento de que..."
3. **Etiqueta tus pensamientos**, por ejemplo, "existe ese pensamiento de 'no soy digno de ser amado'" o "Veo que estoy catastrofizando de nuevo", etc.

### REGULACIÓN EMOCIONAL: EL ARTE DE GESTIONAR CÓMO NOS SENTIMOS



La regulación emocional implica procesos internos y externos que se despliegan para tener control sobre las emociones. Estos procesos ayudan a ajustar cuándo, cuánto, cómo y por cuánto tiempo se experimentan diferentes emociones.

#### Estrategia

#### 5, 4, 3, 2, 1

Esta habilidad implica tranquilizarse cuando se enfrenta un día difícil o estás bajo estrés. Utiliza los 5 sentidos: vista, oído, olfato, tacto y gusto

1. Enumera **5 cosas que ves**
2. Enumera **4 cosas que escuchas**
3. Enumera **3 cosas que puedes oler**
4. Enumera **2 cosas que puedes tocar**
5. Enumera **1 cosa que puedes sentir mediante el gusto**

Este ejercicio es más beneficioso si se hace lentamente y prestando atención a cada elemento tal como se nombra.

## 4. Carta de aprobación emitida por el Comité de Ética



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

### CONSTANCIA-CIEI-279-11-24

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** de manera unánime por el Comité de Ética.

Título del Proyecto : **“Autocompasión y regulación emocional como predictores de las características psicológicas de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana”**

Código SIDISI : **212421**

Investigador(a) principal(es) : **Cahuata Chunocca Grecia Janeth**

La **aprobación** incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación, versión 1.0 de fecha 05 de junio del 2024.**
2. **Consentimiento informado, versión 5.0 de fecha 09 de junio de 2024.**

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier emienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **Jueves 12 de junio del 2025**.

*El presente proyecto de investigación sólo podrá iniciarse después de haber obtenido la(s) autorización(es) de la(s) institución(es) donde se ejecutará.*

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

**Lima, 12 de junio del 2024**



---

Manuel Raul Perez Martinot  
Presidente  
Comité Institucional de Ética en Investigación  
Universidad Peruana Cayetano Heredia