



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**EXPERIENCIA DE FRACASO: ANÁLISIS  
FENOMENOLÓGICO Y EVALUACIÓN  
PSICOMÉTRICA DESDE UNA PERSPECTIVA  
HUMANISTA-EXPERIENCIAL**

Autor: Jorge Lareo Otero

Tutor profesional: Ciro Caro García

Tutora Metodológica: María Cortés Rodríguez

Madrid  
Mayo 2019

**Resumen:** Este estudio presenta la validación de dos escalas de respuesta ante el fracaso desde un modelo Humanista-Experiencial. Primero se expuso una justificación teórica sobre la que se asientan los objetivos y el método del estudio. En el primer estudio se realizó un análisis fenomenológico que permitió obtener dos descripciones cualitativas sobre dos modos de respuesta al fracaso diferentes. En base a estas descripciones se construyeron los ítems de ambas escalas de respuesta ante el fracaso. Una vez elaboradas ambas escalas, realizamos un segundo estudio de corte cuantitativo en el que accedimos a 351 sujetos con edades comprendidas entre 18 y 72 años ( $M=33,2$   $SD=13,3$ ). Los datos muestran que ambas escalas presentan una estructura de un único factor (ERFAT=42% ERFRV=40,5%) y que presentan una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0,75$ ;  $\alpha=0,75$ ), aunque no muestran buenos resultados en la validez de criterio calculada con la RS-14 y el SA-45. En el último estudio se realizó una prueba de contraste diferencial a través de entrevistas clínicas que siguieron el modelo de Formulación de Caso de Terapia Focalizada en la Emoción con el fin de sumar cierta validez complementaria a ambas escalas, observando que el criterio de medida de las escalas coincidió con el criterio de evaluación clínica de los profesionales. Finalmente, en las discusiones se interpretan los resultados obtenidos, comentando las limitaciones encontradas y las aportaciones que supone esta investigación para la teoría y para la práctica clínica, y apuntando también las futuras líneas de investigación que resultarían interesantes.

**Palabras Clave:** Experiencia de Fracaso, Análisis Fenomenológico, Fiabilidad, Validez, Entrevistas clínicas, Terapia Focalizada en la Emoción.

**Abstract:** This study presents a validation of two response scales to failure from a Humanist-Experiential model. Firstly, a theoretical justification based on the goals and method of the project was exposed. In the first study, a phenomenological analysis allowed to obtain two qualitative descriptions about two different response modes to failure. Once both scales were elaborated, in a second study of quantitative method, 351 subjects around eighteen and seventy-two years old ( $M=33,17$   $SD=13,3$ ) were tested. The data shows on both scales the suitability of a single factor model (ERFAT=42% ERFRV=40,5%) and a suitable internal consistency ( $\alpha=0,75$ ;  $\alpha=0,75$ ), although they do not seem to demonstrate good results in respect of the criterion validity calculated with RS-14 and SA-45. In the last study, a differential contrast test was done by doing clinic interviews based on the Case Formulation of Emotion-Focused Therapy framework for the purpose of adding up some complemental validity to both scales, observing that the scales' measurement criteria matched the experts' clinic criteria evaluation. Eventually, the results are interpreted in the final discussions, commenting the constraints that were found and the contributions that this investigation provides to the theoretical field and clinical practice, and, pointing out the future research lines that would result interesting.

**Key words:** Failure Experience, Phenomenological Analysis, Reliability, Validity, Clinical Interviews, Emotion-Focused Therapy

## 1. INTRODUCCIÓN

Existen ciertos conceptos erróneos de éxito y fracaso en nuestra sociedad actual, en la cual se ensalzan los valores del placer y del éxito al mismo tiempo que se desprestigian el fracaso y el sufrimiento. Esta errónea atribución de valores promueve el miedo al dolor y el esfuerzo por intentar evitarlo. Como explica Pinedo (2014): “*El resultado es una humanidad que se resiste a reflexionar sobre la negatividad del sufrimiento como elemento constitutivo de la existencia.*” (p. 45). Sin embargo, el fracaso no es malo en sí, el problema es cuando un concepto erróneo sobre él nos ata y nos impide avanzar. El fracaso puede verse como un elemento necesario en el camino, como parte de un proceso de aprendizaje que permite liberar el potencial que cada persona lleva dentro, facilitando que aprenda a valorarse y ayudando a que descubra sus verdaderas capacidades (Stamateas, 2011). Por ejemplo, en cuanto a la desorientación profesional, Cencillo (2003) opina: “*...hay gente joven y no tan joven, que ha de morder cruelmente el polvo del fracaso (y aquí fracasar es sumamente sano) para volverse sensatos y mínimamente realistas...*” (p. 47). Por todo ello, examinaremos el concepto de fracaso desde dos modelos teóricos para facilitar su comprensión: Psicología Existencial y modelo psicodinámico de Luis Cencillo.

Desde la Psicología Existencial, que asentada sobre bases filosóficas y bases psicológicas opina que la vida en sí misma representa un problema que afrontar y la importancia está en el grado de autenticidad con el que la persona asume su responsabilidad para vivirla (Mendelowitz y Schneider, 2007), entiende la experiencia de fracaso existencial como la vivencia de dificultad o imposibilidad para encontrar sentido a la vida. Considera que el ser humano posee una libertad trascendental o fundamental, la cual coincide con la persona en su máxima radicalidad y se encuentra en la consciencia. La determinación de la existencia individual se lleva a cabo desde la libertad, de tal manera que tanto hombres como mujeres eligen el tipo de vida que prefieren llevar y las metas que quieren alcanzar. Esta libertad origina una serie de fenómenos subjetivos, los cuales se describen como angustia frente a la libertad. Algunas enfermedades se podrían entender entonces como formas de reaccionar ante la angustia o como formas de miedo ante la libertad (Choza, 2016). También concibe el vivir como la posibilidad de exponerse a heridas emocionales o sufrimiento. Esta perspectiva no afirma que el ser humano tenga que buscar el fracaso o el sufrimiento como forma de vida, sino que el hecho de afrontar estas dificultades le permite tomar consciencia de su existencia y reorientar su dirección en la vida, lo que posibilita constituirse auténticamente como persona (Pinedo, 2014).

Luis Cencillo (2003) en su modelo psicodinámico sobre el fracaso entiende que *“vivenciar el fracaso y la rectificación de un pasado equivocado y doloroso son absolutamente necesarios para poder experimentar alguna felicidad y la propia realización”* (p.60). Aunque considera que no es posible “fracasar en la vida”, entiende que hay ciertas situaciones objetivas de fracaso, o bien “fracaso cierto”. En estas situaciones influyen ciertos factores interrelacionados entre sí, tales como las motivaciones, la personalidad del sujeto, las ventajas secundarias y el deseo. Además, a estos factores se suma la influencia de una sociedad muy dicotomizada entre “ganador” y “perdedor”, así como el efecto nocivo que produce la publicidad. Explica cómo la publicidad de los medios de comunicación de masas tiene un gran efecto nocivo en la sociedad, ya que: persuade al público con la idea de que la vida consiste en tomar decisiones alocadas y “vivir a tope” rechazando lo habitual, consistente y productivo; desprestigia ciertas profesiones y asocia el éxito a al hecho ser famoso o reconocido públicamente, condenando a quienes no lo son o no desean serlo. Este mismo autor comenta que algunos enfoques psicoanalíticos consideran que en el hombre actual no existe la tolerancia a la frustración debido a ese concepto que tiene de la realización sobre disfrutar siempre y nunca fracasar y que debido a eso, a pesar de ser la generación que dispone de más medios para alcanzar la realización, la persona vive frustrada debido a la falta de realismo en sus metas. Por otra parte, explica la existencia de otros tipos de fracaso como procesos necesarios para el aprendizaje en la vida, tales como las crisis de maduración o el fracaso en un área determinada, siendo necesario aprender a base de ensayo-error.

Por otra parte, el fracaso resulta **relevante para la sociedad** debido al sufrimiento y a los comportamientos disfuncionales existentes en la actualidad producidos por dos causas principales: la angustia de libertad y las presiones o exigencias socioculturales.

La angustia de libertad puede generar formas de comportamiento disfuncional que pueden ser destructivas para la sociedad y para los individuos, manifestándose en distintas edades y en diferentes niveles sociales. Chozas (2016) opina que la universalización de la libertad puede ser uno de los factores más determinantes de los comportamientos disfuncionales.

En cuanto a las presiones socioculturales que influyen en el sufrimiento y en los comportamientos disfuncionales relacionados con el fracaso, podemos ver que se manifiestan mediante dos vías que expondremos brevemente a continuación.

Por un lado, una sociedad dicotomizada que promueve conceptos de fracaso y éxito distorsionados, centrando gran parte del peso del éxito en la estima de la opinión pública. Debido a este modelo de éxito que refuerzan los medios de comunicación de masas, los jóvenes comprenden la vida como una competición en la que sólo el mejor triunfa y muy pocos pueden sentirse logrados. Estos medios de comunicación de masas también generan experiencias de

fracaso al promover decisiones alocadas basadas en ese modo de existencia centrado en “vivir a tope”. Cencillo (2004) explica que se ha creado un juego donde “...*hay dados trucados, las medidas no miden lo que hay que medir y se ha establecido una escala de valor convencional e incluso falsa*” (p. 45).

Por otro lado, existe cierta presión nociva que ejercen las nuevas corrientes de Psicología Positiva y un empuje positivo “tiránico” que exige el mantenimiento de una actitud positiva en cualquier momento y a cualquier precio. Esta presión para ser felices y mirar siempre el lado positivo acaba generando aún más malestar debido a la culpabilidad que siente la persona por no sentirse bien, haciéndola creer que es su propio fracaso personal. Prieto (2006) explica la influencia de dicha culpabilidad: “*El concepto de depresión por la depresión, o el sentirme mal por sentirme mal, con toda la carga de auto-acusación contenida en esa experiencia pasa a ser así muy relevante*” (p. 330). Además, le quita importancia al papel que tiene el estrés y la adversidad para el desarrollo de fortalezas personales.

Aunque estos modelos teóricos expuestos previamente ofrecen un análisis interesante sobre el fracaso que facilita una comprensión del mismo desde un punto de vista más general, el problema es que carecen de claves concretas que permitan diseñar una intervención en el ámbito clínico. Por ello, consideramos oportuno bajar un escalón más hacia lo concreto y ofrecer un análisis más operativo que aporte un conocimiento más específico sobre cómo vive la persona una experiencia de fracaso y sobre cómo se integra dicha experiencia en su psiquismo. De este modo, esta comprensión más concreta permite aportar claves específicas para el trabajo terapéutico. Para operativizar nuestro estudio analizaremos la **experiencia de fracaso desde una perspectiva Humanista-Experiencial**, desde la cual se entiende que dicha experiencia siempre va acompañada de un tono de reproche al no alcanzar la meta deseada. Para estudiar cómo vive la experiencia de fracaso la persona, realizaremos un análisis fenomenológico mediante el cual distinguiremos dos tipos de experiencias según el tono de reproche y la función que éste cumple en el ecosistema psicológico de la persona. Estos dos tipos serían: la experiencia de fracaso como “Reorientación vital” -un tipo experiencia que surge en un momento puntual de la persona y sirve para reorientar sus metas vitales-, y la experiencia de fracaso como “Auto-tratamiento” -en la cual, el tono es de duro a cruel o despreciativo y la función parece ser criticarse a sí mismo con el objetivo de que la persona se esfuerce por ser aceptable para otros-. Esta distinción surge de una reflexión psicopatológica basada en el planteamiento dialógico del sí-mismo y en la explicación de los desórdenes emocionales de acuerdo con el modelo psicopatológico de la Terapia Focalizada en la Emoción.

Diversas aproximaciones han perfilado una **perspectiva dialógica del sí-mismo** (Hermans, Kempen y Van Loon, 1992; Hermans, 2001; Stiles, 1999) que en el marco más

específico de la Terapia Focalizada en la Emoción se concreta en las nociones de voz y parlamento de voces en interacción, como forma de auto-organización de base emocional esquemática (Ciro, 2005). El modelo dialógico ofrece un concepto descentralizado del sí-mismo explicando la estrecha relación que hay entre el *self* y la cultura. Plantea que el *self* es social y está construido por un parlamento de voces, donde cada voz representa una versión del Yo que ha sido interiorizada a través de las relaciones y de las experiencias que ha tenido el sujeto a lo largo de su historia desde su etapa más temprana del desarrollo. Entiende que estas relaciones y estas experiencias se construyen y se interiorizan según los patrones socioculturales propios del marco sociocultural en el que ha evolucionado la historia de la persona. Es continuo, ya que todas las voces han sido interiorizadas a través de una experiencia continua de la persona a lo largo de su historia; y es discontinuo, porque cada voz tiene su propia perspectiva del mundo y del sí-mismo e incluso su propio tono, pudiendo estar en oposición con las demás voces. De este modo, las distintas voces se comunican en la consciencia en un plano espacio-temporal a través de signos en procesos dialógicos similares a los que se dan en las relaciones interpersonales. Cada voz puede representar una visión del sí mismo -trabajador, padre, miedo, amigo, etc.- y puede tener mayor o menor fuerza en el diálogo. Cuanto más significativa sea la experiencia que ha tenido la persona o la figura con la que ha interactuado, mayor poder va a tener esa voz en el parlamento. Aun así, por poderosa que sea, no tiene por qué ser determinante en la visión que desarrolle la persona de sí misma. En los diálogos pueden haber procesos de negociación, de desacuerdo o de integración; de tal manera que la persona toma una decisión una vez obtiene un resultado de ese proceso dialógico. El tipo de diálogo entre las distintas voces -cooperativo, agresivo, inexistente, etc.- mostrará los recursos que tiene la persona. Por un lado, un diálogo respetuoso y cooperativo donde todas las voces están integradas mostraría que hay buenos enlaces entre ellas -puentes de significado- y por lo tanto existe flexibilidad. Por el contrario, un diálogo hostil entre las distintas voces, el rechazo de alguna de ellas o bien la ausencia de comunicación mostraría que no hay buenos enlaces y por lo tanto el sí-mismo estaría en un estado fragmentado o disociado. Este planteamiento ofrece un modelo del sí-mismo complejo, estructurado y narrativo que permite abordar la relación entre *self* y cultura teniendo en cuenta la influencia actual que tiene sobre la psicología un mundo cada vez más globalizado e interconectado.

Si analizamos una experiencia de fracaso desde el planteamiento dialógico del sí-mismo, en una experiencia de Reorientación Vital podríamos encontrar un parlamento con buenos puentes de significado, donde el diálogo con la voz reprochadora referente al fracaso es más respetuoso e integrador, mostrando cierta flexibilidad en el psiquismo de la persona. Sin embargo, en una respuesta de Auto-tratamiento, encontraríamos una comunidad más fragmentada con puentes de

significado más débiles, donde el diálogo puede ser hostil o dañino y puede haber voces que no se encuentren bien integradas.

Si enfocamos el Auto-tratamiento dentro del **modelo psicopatológico de la Terapia Focalizada a la emoción**, éste se entendería como un modo en que la persona se defiende de un dolor emocional de manera desadaptativa ya que, aunque en un primer momento puede conseguir cierta sensación de control, lo que acaba generando es prolongar ese dolor e impedir satisfacer sus necesidades vitales -ser amado, ser respetado y sentir seguridad-. Esta sensación de control a veces se debe a la esperanza de que las situaciones adversas del entorno pueden cambiarse si cambia el sí-mismo. Este modelo defiende que la vida es un escenario en el que es inevitable encontrar experiencias de satisfacción y experiencias de sufrimiento, entendiendo el dolor emocional como una experiencia interna molesta que surge como respuesta a una experiencia de sufrimiento y supone un impedimento para satisfacer las necesidades vitales (Timulak, 2015). Según la necesidad vital con la que estén relacionadas, las experiencias de dolor emocional se pueden dividir en tres clústeres principales: soledad/pérdida, vergüenza/culpa y pánico/miedo (Caro, 2018). Este enfoque define los síntomas como reacciones secundarias que surgen del esfuerzo por evitar conectar con las emociones negativas primarias. Actualmente, los manuales diagnósticos ofrecen una visión dicotomizada de la psicopatología al centrar su análisis en la presencia o no de síntomas según cómo responda la persona ante sus estresores vitales. Este análisis carece de una comprensión sobre el significado que tienen los síntomas en la historia y en el desarrollo de la persona, no trata de entender qué relación tiene ese sufrimiento con el sí-mismo o con su contexto. En cambio, la conceptualización que ofrecen las experiencias emocionales sobre la angustia resulta más completa ya que muestra el significado que tiene cada sufrimiento, encuadrándolo dentro de una historia y un contexto (Timulak, 2015). Ante el dolor emocional, la persona puede responder o bien de forma adaptativa -dándose apoyo, enfado adaptativo, etc.- o bien de forma desadaptativa -autocrítica, auto-interrupción, crisis de vulnerabilidad, reacciones problemáticas- (Caro, 2018). Son estos procesos de respuestas desadaptativas los que reciben el nombre de Auto-tratamiento. Lo que nos interesa en este trabajo es analizar cómo responden las personas a un dolor emocional una vez se encuentran ante una situación de fracaso. De este modo, buscaremos ofrecer más información sobre cómo operan estos procesos transdiagnósticos en el sí-mismo analizándolos en un contexto de fracaso.

Teniendo en cuenta la influencia que tienen estos procesos transdiagnósticos sobre el buen desarrollo del sí-mismo, consideramos que resultaría relevante observar de algún modo esta comprensión que estamos aportando sobre los dos tipos de experiencia de fracaso -entrevista semiestructurada, análisis de sesiones de terapia, cuestionario de tipos de respuesta ante el fracaso, etc.- para así poder analizar en la práctica las implicaciones que tienen para la persona.

Además, en este trabajo analizaremos la **relación existente entre respuesta ante el fracaso de Auto-tratamiento y resiliencia**. Teniendo en cuenta que la resiliencia es la capacidad que tiene una persona para afrontar los distintos estresores que se encuentra en la vida, en este trabajo la ponemos en relación con un estresor que se manifiesta en el interior de la persona -voz crítica propia de la respuesta al fracaso de Auto-tratamiento-. Este estresor es uno de los más comunes y destructivos a los que se enfrenta el ser humano y está asociado a muchas alteraciones psicológicas, entre las que destaca especialmente la depresión (Whelton y Greenberg, 2005). En una respuesta de Auto-tratamiento la persona tiende a desorganizarse ante la voz crítica, pudiendo reaccionar de forma sumisa o poniendo excusas y experimentando sentimientos de malestar tales como tristeza o vergüenza. La resiliencia adquiere una gran relevancia ante esta experiencia ya que permite enfrentar la crítica construyendo estados del sí-mismo positivos tales como el orgullo, la confianza o el enfado positivo (Whelton y Greenberg, 2005). En consecuencia, también pretende aumentar el conocimiento sobre las distintas formas y los distintos contenidos en los que se expresa la voz autocrítica, analizándola dentro del escenario de una experiencia de fracaso. Si relacionamos los dos tipos de respuesta al fracaso con la resiliencia podríamos suponer que las voces presentan grados de resiliencia diferentes. En una respuesta de Reorientación Vital podríamos encontrar un mayor grado de resiliencia ya que la voz presentaría un nivel más bajo de reproche tanto en el tono como en el contenido y además la persona tendría más capacidad para enfrentarla e integrarla. Sin embargo, en una respuesta de Auto-tratamiento podríamos observar un menor grado de resiliencia, mostrando la voz un nivel más alto de desprecio en el tono y en el contenido y mostrando la persona más dificultades para enfrentarla e integrarla.

Además, consideramos que este trabajo también resulta de utilidad clínica porque aporta conocimientos relevantes para la investigación científica y para el trabajo clínico. Por un lado, ofrece un análisis fenomenológico viene a aportar conocimientos sobre la vivencia de la persona ante un fenómeno tan poco estudiado como es la experiencia de fracaso. Según Choza (2016) la fenomenología permite el acceso a un mejor conocimiento sobre la libertad y sobre el modo de intervenir sobre ella. Por otro lado, a pesar de haber una importante cantidad de estudios sobre resiliencia, la mayor parte de ellos cursan sobre población infanto-juvenil, existiendo mucho menos investigaciones de resiliencia en adultos (Windle, 2011). Este trabajo pretende aportar un nuevo factor determinante de resiliencia que amplíe el conocimiento sobre este constructo. Investigar sobre uno de los factores determinantes de la resiliencia enriquece el trabajo clínico ya que aporta conocimientos sobre qué tipos de respuesta facilitan un mejor afrontamiento del estrés o la adversidad (Herman et al, 2011).

La **resiliencia** es un constructo que cuenta con numerosos estudios en la actualidad, habiendo 271 artículos sobre su análisis e investigación en 2011 (Windle, 2011). Es por esto que

existen numerosas y diferentes definiciones que se han realizado sobre este concepto. Para facilitar su comprensión, exponemos las definiciones que nos facilita Windle (2011) extraídas del diccionario Oxford y del APA. Según el diccionario Oxford: “*capacidad de un objeto para retroceder o recuperar a la misma forma después de doblarse, estirarse o exprimirse*”; y haciendo referencia a la persona: “*capacidad de una persona resistir o recuperarse rápidamente de condiciones difíciles*” (p. 153). Según el APA: “*proceso de adaptación adecuada frente a adversidades, traumas, tragedias, amenazas o incluso fuentes importantes de estrés - tales problemas familiares y de relación, serios problemas de salud o estresores financieros y laborales*” ( p.153).

La resiliencia se puede entender como un proceso que cambia con el tiempo en función del desarrollo y de la interacción de la persona con el entorno. El Dr. Panter-Brick considera que la resiliencia no sólo supone un funcionamiento adaptativo ante las adversidades, sino que también consiste en dar sentido a los aspectos morales de la vida (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick y Yehuda, 2014). Es un constructo que depende de varios factores determinantes que interactúan entre sí, tales como la genética, la interacción entre genética y entorno, el efecto de las experiencias positivas y negativas a lo largo de la vida, el grupo social de pertenencia y los factores culturales (Herrman, Stewart, Díaz-Granados, Berger, Jackson y Yuen, 2011). Estos factores determinantes varían según la personalidad, el tipo de desafíos, los recursos disponibles y el entorno (Southwick et al., 2014).

Podemos decir que la resiliencia tiene un peso importante en la sociedad actual ya que es un factor relacionado con la adaptación al entorno, teniendo implicaciones para la prevención de riesgos y para la promoción del desarrollo humano (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014). La Organización Mundial de la Salud “*considera la resiliencia como algo que abarca la adaptación positiva, con factores de protección y recursos que moderan los factores de riesgo y, por lo tanto, reduce el impacto y las consecuencias del riesgo*” (Windle, 2011, p. 156). Es importante promover la resiliencia en la sociedad ya que los determinantes que influyen en su desarrollo son al mismo tiempo promotores de la salud mental (Herman et al., 2011). Los resultados de un estudio realizado por Hu, Zang, y Wang en 2015 apoyan esta afirmación, mostrando que la resiliencia correlaciona negativamente con bajos niveles de salud mental y correlaciona positivamente con buenos niveles de salud mental (Worthington, Griffin, Toussaint, Nonterah, Utsey y Garthe, 2016). Por último, cabe mencionar que la oportunidad de adaptarse positivamente al entorno debería ser un derecho al que pueda optar toda la población (Windle, 2011).

## **Objetivos/Hipótesis:**

### Objetivo e Hipótesis 1

Realizar un análisis fenomenológico de la experiencia de fracaso para descubrir las distintas formas de respuesta intrapersonal según el tipo de reproche o de auto-cuidado y la función que cumplen.

La hipótesis planteada es que, en base a la justificación teórica desarrollada, se podrán observar dos formas de respuesta diferentes al estudiar la manera de reflexionar sobre una situación de fracaso de dos personas con diferente estructura psicológica -presencia de heridas emocionales y ausencia de las mismas-.

### Objetivo e Hipótesis 2

Construir y validar un instrumento de medida (Cuestionario de respuesta ante el fracaso) de los dos tipos de respuesta ante el fracaso. La hipótesis planteada es que las dos escalas del instrumento de medida elaborado cumplirán con los criterios de fiabilidad y validez pertinentes, teniendo en cuenta cómo están formuladas y teniendo en cuenta cómo los ítems se encuentran estructurados y apoyados sobre nuestro juicio de expertos y sobre el análisis fenomenológico previo.

### Objetivo e Hipótesis 3

Estudiar la relación existente entre los dos tipos de respuesta al fracaso y resiliencia. Las hipótesis planteadas son:

- Los resultados en la Escala de Respuesta al fracaso de Reorientación vital presentarán una relación positiva con los resultados obtenidos en Resiliencia y una relación negativa con los resultados obtenidos en Sintomatología.
- Los resultados obtenidos en la Escala de Respuesta al Fracaso de Auto-tratamiento presentarán una relación negativa con los resultados obtenidos en Resiliencia y una relación positiva con los resultados obtenidos en Sintomatología.

### Objetivo e hipótesis 4

Obtener evidencia empírica complementaria acerca de la validez de contenido y de la eficacia de las dos escalas de respuesta ante el fracaso. La hipótesis planteada es que los cuestionarios de ambos tipos de respuesta obtendrán puntuaciones inversas cuando son respondidos por personas que, según la evaluación mediante entrevista clínica, se relacionan con sus historias de fracaso en términos de Reorientación Vital o de Auto-tratamiento.

A través de estos objetivos se pretende aumentar la comprensión sobre los procesos internos mediante los cuales la persona afronta un estresor tan común como es una situación de fracaso y aportar implicaciones para el tratamiento.

## 2. MÉTODO

Para responder a los objetivos planteados anteriormente se desarrollaron tres estudios sucesivos. Primero se comenzó realizando un análisis fenomenológico de la experiencia de fracaso mediante un estudio descriptivo de corte cualitativo llevado a cabo a través de entrevistas semi-estructuradas con la finalidad de construir dos escalas diferenciadas que representen dos formas de construir una experiencia de fracaso -Reorientación Vital y Auto-tratamiento-. A través de este primer análisis fenomenológico realizado y de nuestro juicio de expertos elaboramos los diferentes ítems para construir las dos escalas. En segundo lugar -una vez elaborados ambos instrumentos- realizamos un segundo estudio -en este caso de corte cuantitativo- en el que llevamos a cabo las distintas operaciones psicométricas oportunas para aportar fiabilidad y validez a los instrumentos creados en el estudio nº1 una vez recogidos los resultados de los cuestionarios. En este estudio accedimos a la muestra siguiendo el método de bola de nieve. Los resultados obtenidos fueron analizados mediante la herramienta de IBM SPSS Statistics 24. Finalmente, llevamos a cabo un último estudio destinado a obtener evidencia empírica complementaria acerca de la validez de contenido y de la robustez de las dos escalas. Para ello, se realizaron dos entrevistas clínicas siguiendo el modelo de Formulación de Caso en Terapia Focalizada en la Emoción (Goldman y Greenberg, 2015), de modo que se pudiera contrastar diferencialmente la hipótesis 4.

### **Participantes**

#### *Estudio n°1: Análisis fenomenológico de Experiencia de Fracaso*

La muestra de este estudio estaba compuesta por dos sujetos adultos que presumiblemente respondían de manera distinta ante una situación de fracaso. Esta muestra no estaba constituida por ningún sujeto que presentara vulnerabilidades para asegurarse de sus derechos o para dar su consentimiento. El país de residencia de los sujetos era España. Los sujetos fueron escogidos y diferenciados por un profesional experimentado siguiendo un criterio clínico de sintomatología.

***Estudio n°2: Relación entre los dos tipos de Respuesta al Fracaso con Resiliencia y Sintomatología***

La muestra de este estudio la compusieron 351 sujetos mayores de edad residentes en España que habían vivido al menos una experiencia de fracaso en su vida cotidiana. Las variables sociodemográficas que se recogieron fueron el estado civil, la cantidad de años viviendo en España, el nivel de estudios, la presencia de trabajo actual y la estructura de la familia de origen (Tabla 1). En la muestra había 120 hombres (34,2%) y 231 mujeres (65,8%) y el rango de edad estaba entre los 18 y los 72 años (M=33,2 SD=13,3). La variable de edad se clasificó a su vez en 3 subgrupos, distribuidos en base a los percentiles 25 (24 años) y 75 (43 años). Los criterios de inclusión fueron tener más de 18 años y haber vivido alguna experiencia de fracaso en su vida cotidiana.

Tabla 1  
*Distribución de sujetos por variables sociodemográficas*

Variabes	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Género	Hombre 120 (34,2%)	Mujer 231 (65,8%)			
Años en España	Más de 6 346 (98,6%)	Menos de 6 5 (1,4%)			
Edad	<24 120 (34,2%)	Entre 24 y 43 139 (39,6%)	43> 92 (26,2%)		
Estado civil	Soltero/a 131 (37,3%)	Con pareja 129 (36,8%)	Casado/a 71 (20,2%)	Viudo/a 2 (0,6%)	Separ./Divor. 18 (5,1%)
Nivel de estudios	Primarios 4 (1,1%)	Secundarios 37 (10,5%)	Formación Profesional 54 (15,4%)	Universitarios 171 (48,7%)	Post-universitarios 85 (24,2%)
Trabajo	Sí 229 (65,2%)	No 122 (38,4%)			
Padres	Casados 266 (75,8%)	Separ./Divor. 64 (18,2%)	Madre/padre 21 (6%)		

***Estudio n° 3: Observación de los dos tipos de experiencia de fracaso***

La muestra de este estudio la compusieron dos sujetos seleccionados según el criterio clínico de un profesional experimentado. Ambos sujetos rellenaron el Cuestionario de Respuesta ante el Fracaso antes de realizar la entrevista clínica.

## Instrumentos de medida

- Entrevistas semi-estructuradas siguiendo el método clínico (Fernández-Ballesteros, 2004): **Análisis fenomenológico**. Este análisis es una herramienta de medida cualitativa que surge desde unas bases filosóficas como una alternativa que permite captar los significados subjetivos que residen en una experiencia humana (Wertz, 2001). Entiende que cada experiencia es única y reside en la consciencia, y asienta sus reflexiones sobre las vivencias concretas del día a día de las personas. La descripción que aporta es el mejor medio para obtener una explicación integradora de la experiencia consciente en la que se identifican los distintos componentes esenciales y las distintas relaciones existentes entre ellos (Churchill y Wertz, 2001). Mediante este método nos pusimos en contacto directo con la experiencia de fracaso a través de las entrevistas clínicas y posteriormente analizamos los audios obteniendo descripciones psicológicas de los aspectos clínicos relevantes respecto a este fenómeno. La descripción se construyó de forma simultánea mientras el investigador exploraba empáticamente dicha experiencia y de forma retrospectiva al analizar los audios una vez finalizadas las entrevistas. Al realizar dos entrevistas clínicas obtuvimos una comparación cualitativa sobre dos modos individuales y diferentes de responder ante el fracaso. Finalmente, estos datos se codifican a través de un informe de investigación definitivo que expresa los hallazgos obtenidos en las conclusiones -ítems de las escalas-. Los criterios de fiabilidad y validez de este instrumento consisten en que otro investigador compruebe que los datos y las ideas ilustran de manera significativa el fenómeno de estudio, de tal modo que sea capaz de ver lo que vio el autor independientemente de que esté o no de acuerdo con estas ideas.
- Cuestionario de Respuesta ante el Fracaso: Escala de Respuesta al Fracaso de Auto-tratamiento (**ERFAT**) y Escala de Respuesta al Fracaso de Reorientación vital (**ERFRV**). Estas escalas miden los diferentes modos de respuesta ante una situación de fracaso desde una perspectiva Humanista-Experiencial analizando el tipo de reproche que emplea la persona ante dicha situación. Evalúan si la respuesta ante el dolor emocional que activa la situación de fracaso permite a la persona orientarse en la vida de forma más adaptativa; o por el contrario le genera aún más dolor emocional. Cada escala está constituida por 15 ítems, constituyendo un total de 30 ítems en el cuestionario. La escala de respuesta es en formato Likert y está comprendida en un intervalo de 0 -No resuena en mí; No me identifico- a 5 -Resuena mucho en mí; Me identifico mucho claramente con esta frase-. Ambas escalas puntúan en sentido positivo, por lo que una mayor puntuación indica una mayor presencia de cada tipo de

respuesta al fracaso. La puntuación máxima que se puede obtener en cada escala es de 90. Respecto a su fiabilidad, tanto la ERFAT como la ERFRV presentan un alfa de Crobach de ,75. En cuanto a su validez de constructo, ambas escalas muestran una estructura de un único factor, de tal modo que en ERFAT explica el 42% de la varianza común y en ERFRV explica el 40,45%.

- Escala de Resiliencia (**ER-14**). Esta escala es la versión abreviada de Resilience Scale (RS-25) de Wagnild y Young traducida al español. Siendo la RS-25 considerada una de las escalas “*más utilizadas y precisas para medir resiliencia*” (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015, p. 104), su versión abreviada parece presentar mejores propiedades psicométricas para medir la resiliencia en distintas poblaciones. Aunque la versión original está compuesta por dos dimensiones -Factor 1: Competencia Personal donde podemos encontrar y Factor 2: Aceptación de uno mismo y de la vida-, este instrumento abreviado muestra un único Factor, lo cual coincide con estudios realizados previamente sobre esta escala en otras poblaciones. (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015). La escala de respuesta es en formato Likert y está comprendida en un intervalo de 1 -Totalmente en desacuerdo- a 7 -Totalmente de acuerdo-. El rango de puntuación está comprendido entre un mínimo de 24 y un máximo de 98 puntos. En cuanto a su fiabilidad, presenta un alpha de Cronbach de ,79 validado en una muestra de 323 estudiantes de universidad residentes en la ciudad de Jaén. En cuanto a su validez de constructo, su único Factor explica un gran porcentaje (76%) de la varianza común. En cuanto a la validez de criterio, presenta validez convergente con las puntuaciones en la escala de 25 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC-25) y validez divergente con las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Los autores concluyen en el artículo diciendo que esta escala breve está recomendada para utilizarla en investigación y en práctica clínica (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015).
- Symptom Assessment-45 Questionnaire (**SA-45**). Es la versión abreviada del SCL-90 y consiste en un autoinforme que permite evaluar síntomas psicopatológicos (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008). Presenta 45 ítems divididos en 9 dimensiones: Factor 1 Depresión -ítem 9 *Sentirse sola*-, Factor 2 Hostilidad -ítem 7 *Arrebatos de cólera o furia*-, Factor 3 Sensibilidad Interpersonal -ítem 14 *Sentirse incomprendido/a*-, Factor 4 Somatización -ítem 18 *Dolores musculares*-, Factor 5 Ansiedad -ítem 6 *Miedo repentino*-, Factor 6 Psicoticismo -ítem 1 *Creer que le controlan el pensamiento*-, Factor 7 Obsesión-Compulsión -ítem 16 *Tener que hacer las cosas muy despacio*-, Factor 8 Ansiedad Fóbica -ítem 3 *Miedo a espacios abiertos*- y

Factor 9 Ideación Paranoide -ítem 2 *Sus problemas son culpa de otros*-. La escala de respuesta es en formato Likert donde el sujeto debe responder en qué grado ha experimentado cada uno de los ítems en los últimos 7 días -incluyendo el día presente- y las puntuaciones van desde 0 -Nada en absoluto- a 4 -Mucho o extremadamente-. El rango de puntuación en cada escala propia de cada dimensión es de 0 a 20, habiendo una puntuación total de 0 a 180. Este instrumento fue validado en una muestra de 430 estudiantes de la comunidad de Madrid. Respecto a la fiabilidad, presenta un alfa de Cronbach mayor o igual que ,80 en cada uno de los Factores; y presenta un alfa de Cronbach total de ,95. En cuanto a la validez de constructo, los 9 factores explican un sesenta por ciento de la varianza común, un porcentaje superior al obtenido por la mayoría de estudios que han aislado 9 factores primarios con el SCL-90 (Sandín et al., 2008). En cuanto a la validez de criterio, se establecieron relaciones de cada Factor con Afecto Positivo (AP) y Afecto Negativo (AN). La gran mayoría de las relaciones fueron significativas y los resultados fueron los esperados según la implicación de cada Factor con cada tipo de afecto. Los autores concluyeron que este nuevo cuestionario puede ser de gran utilidad para la investigación.

## **Diseño**

Los estudios realizados en esta investigación fueron los siguientes:

1. Estudio descriptivo cualitativo
2. Estudio correlacional cuantitativo
3. Análisis psicométrico de los instrumentos “Escala de Respuesta ante el fracaso de Reorientación Vital” y “Escala de Respuesta ante el fracaso de Auto-tratamiento”
4. Prueba de contraste diferencial

## **Procedimiento**

En primer lugar, para realizar el análisis fenomenológico se seleccionaron dos sujetos para llevar a cabo las primeras entrevistas clínicas semi-estructuradas. Estos sujetos fueron seleccionados según el criterio clínico de un profesional con sólida experiencia (tutor profesional). La recogida de información se realizó a través de una entrevista en la que se siguió el Método Clínico, donde el investigador empleó la técnica de exploración empática para recoger información sobre cómo se relacionan los sujetos con ellos mismos ante una situación

de fracaso de su vida cotidiana. Este profesional se aseguró de que los sujetos no sufrieran ningún daño o perjuicio en el transcurso de la entrevista. Los sujetos fueron previamente informados sobre el contenido de la entrevista, sobre el manejo de la información presente en la entrevista y sobre los posibles riesgos y el modo de manejarlos. Una vez fueron informados se les pidió a los sujetos que rellenaran un consentimiento informado (ANEXO I) antes de realizar la entrevista. Estas entrevistas fueron realizadas por separado en la sala de reuniones de la Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI) para garantizar un entorno privado y seguro a los sujetos. Dichas entrevistas fueron grabadas en formato mp3.

Después de realizar las entrevistas y elaborar las dos escalas que representan cada tipo de respuesta ante el fracaso, se accedió a la mayor cantidad de población posible para facilitar los distintos cuestionarios de medida pertinentes. A los sujetos se les garantizó que los cuestionarios son totalmente anónimos y que se guardará la confidencialidad sobre toda la información recogida.

Una vez realizado este estudio cuantitativo se procedió a realizar los distintos análisis psicométricos correspondientes para aportar fiabilidad y validez a las dos escalas. Al mismo tiempo, se comenzó con el último estudio cuyo objetivo es aportar validez complementaria a ambas escalas. Para ello se seleccionarán otros dos sujetos diferenciados también por criterio clínico. Antes de comenzar las entrevistas se informó a los sujetos sobre el contenido de la misma, el manejo de la información y los posibles riesgos y las formas de manejarlos para prevenir cualquier tipo de daño o perjuicio. También se les pidió que rellenaran un consentimiento informado y el Cuestionario de Respuesta ante el Fracaso. Las entrevistas fueron realizadas por separado en el Centro de Psicología IDP donde se garantizó un entorno privado y seguro para ambas personas y se aseguró que el empleo de la información únicamente será compartida con los profesionales implicados en esta investigación. Una entrevista fue realizada por el tutor profesional y la otra fue realizada por una profesional experimentada del Centro IDP. Las entrevistas fueron grabadas en formato mp4 a través de los materiales que facilitó el centro.

Finalmente, analizamos toda la información recogida tanto a nivel cualitativo como a nivel cuantitativo respecto a la fiabilidad y la validez de las dos escalas de medida elaboradas. También discutimos las distintas hipótesis planteadas y la relación que pueda existir entre los resultados y la justificación teórica. Para concluir, comentamos las limitaciones encontradas en esta investigación, las aportaciones que supone a nivel teórico y a nivel práctico y las futuras líneas de investigación relevantes que se puedan plantear.

### 3. RESULTADOS

#### Estudio n°1: Construcción de los ítems de las escalas

Este estudio se desarrolló a través de dos entrevistas semi-estructuradas que se llevaron a cabo siguiendo el Método Clínico. Apoyándonos en el criterio clínico de un profesional con sólida experiencia -tutor teórico-, se seleccionaron dos sujetos que presumiblemente se enfrentarían al fracaso de manera distinta. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de treinta minutos. El contenido de las entrevistas se centró en recoger una situación de fracaso que recordara la persona y explorar cómo se enfrentó a dicha situación -especialmente los pensamientos y las emociones que estuvieron presentes al enfrentarla, así como al recordarla en el aquí y ahora-.

Terminadas las entrevistas, una compañera se prestó a colaborar en la investigación comprometiéndose con la confidencialidad en el manejo de la información. Los dos escuchamos las grabaciones de ambos sujetos analizando el tono y el contenido en base a la fundamentación teórica del trabajo. Generamos una serie de rasgos clínicos diferenciados que caracterizaban las dos entrevistas y en base a esos rasgos se generó el primer borrador de ítems del cuestionario. A su vez, estos rasgos clínicos observados en ambas entrevistas sirvieron de base para construir una Tabla de Observación con el propósito de codificar las grabaciones de las entrevistas clínicas posteriores propias del estudio n°3 (ANEXO II).

El tutor teórico y yo nos reunimos para debatir sobre este primer borrador de ítems del cuestionario, de tal modo que reflexionamos sobre la adecuación de los ítems a las bases teóricas y a las bases fenomenológicas de la experiencia de fracaso. Finalmente, elaboramos el modelo definitivo de ítems agrupados en distintas dimensiones y diferenciados en dos escalas: Escala de Respuesta al Fracaso de Auto-tratamiento -ERFAT- y Escala de Respuesta al Fracaso de Reorientación Vital -ERFRV- (Tabla 2).

Tabla 2

*Ítems de ERFAT y de ERFRV agrupados en sus dimensiones*

ERFAT		ERFRV	
<b>1.A.1.</b>	<b>Crítica rechazante</b>	<b>2.A.1.</b>	<b>Evaluación (de la conducta) cuidadora</b>
<b>1.A.2.1.</b>	Te has equivocado... mereces que te rechacen.	<b>2.A.2.1.</b>	Me he equivocado, pero cuento con el apoyo de los demás.
<b>1.A.2.2.</b>	Lo has hecho mal... no estás a la altura de los demás.	<b>2.A.2.2.</b>	Lo has hecho mal pero eso no me hace diferente.
<b>1.A.2.3.</b>	Fallaste... tarde o temprano pagarás las consecuencias.	<b>2.A.2.3.</b>	De acuerdo, he fallado, pero no quiere decir que vaya a recibir ningún castigo.
<b>1.A.2.</b>	<b>Crítica despreciativa</b>	<b>2.A.2.</b>	<b>Evaluación de (la conducta) apreciativa</b>

<b>1.A.2.1.</b>	Esto sólo confirma que no merezco cariño ni comprensión.	<b>2.A.2.1.</b>	Si algo necesito ahora, es cariño y comprensión.
<b>1.A.2.2.</b>	Esto sólo confirma que no valgo nada.	<b>2.A.2.2.</b>	A pesar de haber fallado, sigo sabiendo lo que valgo.
<b>1.A.2.3.</b>	Esto sólo confirma que en mi vida siempre voy a meter la pata.	<b>2.A.2.3.</b>	He fracasado una vez, pero no quiere decir que lo vaya a hacer más veces.
<b>1.B.1.</b>	<b>Preocupador existencial</b>	<b>2.B.1.</b>	<b>Reasegurador existencial</b>
<b>1.B.1.1</b>	Soy yo quien tiene que solucionarlo y nadie va a estar a mi lado.	<b>2.B.1.1</b>	Estoy tranquilo/a porque cuento con gente a mi lado.
<b>1.B.1.2.</b>	Soy yo quien tiene que solucionarlo y nada de lo que yo haga será suficiente.	<b>2.B.1.2.</b>	Estoy tranquilo/a porque sé que puedo arreglarlo o al menos hacer algo.
<b>1.B.1.3.</b>	Tengo que solucionarlo y lo peor es que sé que algo malo va a pasar.	<b>2.B.1.3.</b>	Estoy tranquilo/a porque no quiere decir que vaya a pasar nada más.
<b>1.B.2.</b>	<b>Preocupador social</b>	<b>2.B.2.</b>	<b>Reasegurador social</b>
<b>1.B.2.1.</b>	Si se enteran, los demás se alejarán de mí.	<b>2.B.2.1.</b>	Si se enteran, los demás seguirán a mi lado y me darán su apoyo.
<b>1.B.2.2.</b>	Si se enteran, los demás se reirán de mí.	<b>2.B.2.2.</b>	Si se enteran, los demás me comprenderán sin juzgarme.
<b>1.B.2.3.</b>	Si se enteran, los demás se aprovecharán de mis debilidades.	<b>2.B.2.3.</b>	Si se enteran, los demás tratarán de ayudarme.
<b>1.C</b>	<b>Reacción de colapso</b>	<b>2.C</b>	<b>Autoafirmación</b>
<b>1.C.1.</b>	Es horrible, en esa situación no puedo ver nada bueno en mí.	<b>2.C.1.</b>	Haya pasado lo que haya pasado, sé que cuento con recursos.
<b>1.C.2.</b>	Se mire como se mire, no puedo ver nada positivo en esta situación.	<b>2.C.2.</b>	Pese a todo... en esta situación hay algo que aprender.
<b>1.C.3.</b>	No sé qué pensar ni qué hacer, simplemente estoy bloqueado/a.	<b>2.C.3.</b>	Me escucho a mí mismo/a con respeto para responder a la situación.

Finalmente, antes de comenzar a compartir el cuestionario definitivo (junto con el SA-45 y la RS-14) con la población para analizar los resultados, se realizó un primer estudio piloto en el que se facilitó el cuestionario a 6 sujetos que desconocían las bases teóricas de este trabajo con el objetivo de que nos devolvieran información sobre si habían encontrado dificultades a la hora de comprender y contestar a los ítems. En base a esta información se realizaron los últimos ajustes y se generó el modelo definitivo de Cuestionario de Respuesta ante el Fracaso (ANEXO III).

### Estudio nº2: Validación de las escalas

Para analizar la fiabilidad y la validez del cuestionario de Respuesta al Fracaso procedimos a realizar los análisis estadísticos pertinentes, donde los valores de p. inferiores a ,05 se consideraron significativos. En primer lugar se realizó un análisis factorial exploratorio para evaluar la estructura de los factores de las escalas de respuesta al fracaso elaboradas -ERFAT y ERFRV-. Posteriormente, la fiabilidad se calculó a través de la consistencia interna mediante el

alfa de Cronbach donde los valores de alfa  $>,70$  se consideraron adecuados. Finalmente, se calculó la validez de criterio estableciendo relaciones entre los valores de las dos escalas del instrumento de fracaso creado y entre los valores de ambas escalas con los valores de las variables clínicas -Sintomatología (SA-45) y Resiliencia (RS-14)-. Estas relaciones se calcularon a través del análisis de correlación de Pearson. Además, también se calculó las relaciones entre las puntuaciones de las escalas elaboradas y las variables sociodemográficas recogidas empleando distintos análisis de comparación de medias -T de Student y ANOVA de un factor-.

### *Análisis factorial*

En ERFAT el Test de Barlett ( $X_2(105)=2126,641; p<,01$ ) y el KMO (0,92) indicaron una buena adecuación muestral y la idoneidad de los datos para realizar el análisis factorial exploratorio. En ERFRV el Test de Barlett ( $X_2(105)=2267,917; p<,01$ ) y el KMO (0,906) también indicaron una buena adecuación muestral y la idoneidad de los datos para realizar el análisis factorial exploratorio.

Una vez realizamos el análisis mencionado, éste indicó en ERFAT una estructura de un único factor que explica el 42% de la varianza (Figura 1 y Tabla 3) y en ERFRV también indicó una estructura de un único factor que explica el 40,45% de la varianza (Figura 2 y Tabla 3).

Figura 1  
*Gráfico de sedimentación de la ERFAT de 15 ítems*

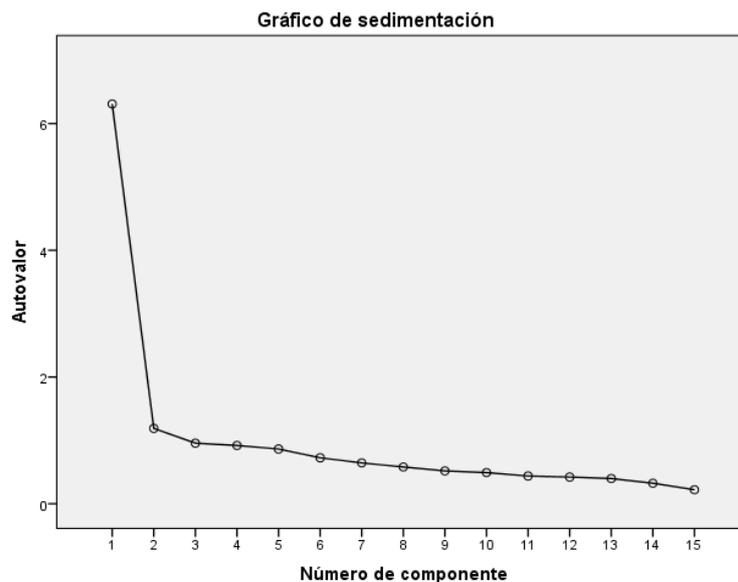


Figura 2

Gráfico de sedimentación de la ERFRV de 15 ítems

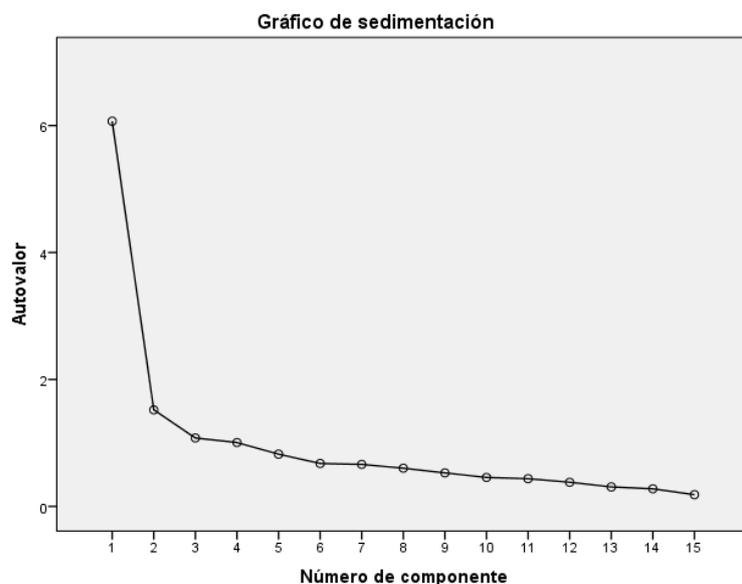


Tabla 3

Saturación de los 15 ítems de la ERFAT y saturación de los 15 ítems de la ERFRV

ERFAT		ERFRV	
Ítems	Saturación	Ítems	Saturación
1.Te has equivocado... mereces que te rechacen	,58	1.Me he equivocado, pero cuento con el apoyo de los demás	,75
2.Lo has hecho mal, no estás a la altura de los demás	,73	2.Lo he hecho mal pero eso no me hace diferente	,53
3.Fallaste... tarde o temprano pagarás las consecuencias	,63	3.De acuerdo, he fallado, pero no quiere decir que vaya a recibir ningún castigo	,47
4.Esto sólo confirma que no merezco cariño ni comprensión	,65	4.Si algo necesito ahora, es cariño y comprensión	,15
5.Esto sólo confirma que no valgo nada	,81	5.A pesar de haber fallado sigo sabiendo lo que valgo	,68
6.Esto sólo confirma que en mi vida siempre voy a meter la pata	,75	6.He fracasado una vez, pero no quiere decir que lo vaya a hacer más veces	,52
7.Soy yo quien tiene que solucionarlo y nadie va a estar a mi lado	,48	7.Estoy tranquilo/a porque cuento con gente a mi lado	,78
8.Soy yo quien tiene que solucionarlo y nada de lo que haga será suficiente	,61	8.Estoy tranquilo/a porque sé que puedo arreglarlo o al menos hacer algo	,74
9.Tengo que solucionarlo y lo peor es que algo malo va a pasar	,64	9.Estoy tranquilo/a porque no quiere decir que vaya a pasar nada más	,60
10.Si se enteran, los demás se alejarán de mí	,43	10.Si se enteran, los demás seguirán a mi lado y me darán su apoyo	,68

11.Si se enteran, los demás se reirán de mí	,60	11.Si se enteran, los demás me comprenderán sin juzgarme	,66
12.Si se enteran, los demás se aprovecharán de mis debilidades	,56	12.Si se enteran, los demás tratarán de ayudarme	,76
13.Es horrible, en esta situación no puedo ver nada bueno en mí	,77	13.Haya pasado lo que haya pasado, sé que cuento con recursos	,66
14.Se mire como se mire no puedo ver nada positivo en esta situación	,68	14.Pese a todo... en esta situación hay algo que aprender	,58
15.No sé qué pensar ni qué hacer, simplemente estoy bloqueado	,60	15.Me escucho a mí mismo/a con respeto para responder a la situación	,67

### ***Fiabilidad***

Las correlaciones ítem-total en ERFAT fueron todas significativas ( $p < ,05$ ). Calculando el coeficiente de alfa de Cronbach para el Factor hallado por el del análisis factorial exploratorio se obtuvo un alfa de 0,75 y la eliminación de cualquiera de los ítems no mejoraba el coeficiente (Tabla 4).

Las correlaciones ítem-total en ERFRV fueron todas significativas ( $p < ,05$ ). Calculando el coeficiente de alfa de Cronbach para el Factor obtenido a través del análisis factorial exploratorio se obtuvo n alfa de 0,75 y la eliminación de cualquiera de los ítems no mejoraba el coeficiente (Tabla 4).

Tabla 4

*Media (M), Desviación Estándar (SD) y alfa de Cronbach si el ítem es eliminado ( $\alpha-i$ )*

ERFAT				ERFRV			
Ítems	M	SD	( $\alpha-i$ )	Ítems	M	SD	( $\alpha-i$ )
1.Te has equivocado... mereces que te rechacen	2,13	1,27	,75	1.Me he equivocado, pero cuento con el apoyo de los demás	4,01	1,44	,74
2.Lo has hecho mal, no estás a la altura de los demás	2,66	1,57	,73	2.Lo he hecho mal pero eso no me hace diferente	3,78	1,63	,74
3.Fallaste... tarde o temprano pagarás las consecuencias	2,63	1,48	,74	3.De acuerdo, he fallado, pero no quiere decir que vaya a recibir ningún castigo	3,31	1,61	,74
4.Esto sólo confirma que no merezco cariño ni comprensión	1,48	1,06	,74	4.Si algo necesito ahora, es cariño y comprensión	4,07	1,54	,75
5.Esto sólo confirma que no valgo nada	1,69	1,26	,74	5.A pesar de haber fallado sigo sabiendo lo que valgo	4,28	1,45	,73

6. Esto sólo confirma que en mi vida siempre voy a meter la pata	1,86	1,39	,74	6. He fracasado una vez, pero no quiere decir que lo vaya a hacer más veces	3,83	1,57	,74
7. Soy yo quien tiene que solucionarlo y nadie va a estar a mi lado	3,01	1,65	,74	7. Estoy tranquilo/a porque cuento con gente a mi lado	4,29	1,46	,73
8. Soy yo quien tiene que solucionarlo y nada de lo que haga será suficiente	2,36	1,38	,74	8. Estoy tranquilo/a porque sé que puedo arreglarlo o al menos hacer algo	4,21	1,39	,73
9. Tengo que solucionarlo y lo peor es que algo malo va a pasar	2,72	1,49	,74	9. Estoy tranquilo/a porque no quiere decir que vaya a pasar nada más	3,13	1,43	,74
10. Si se enteran, los demás se alejarán de mí	2,24	1,34	,75	10. Si se enteran, los demás seguirán a mi lado y me darán su apoyo	3,73	1,46	,73
11. Si se enteran, los demás se reirán de mí	2,08	1,34	,74	11. Si se enteran, los demás me comprenderán sin juzgarme	3,04	1,41	,74
12. Si se enteran, los demás se aprovecharán de mis debilidades	2,24	1,42	,74	12. Si se enteran, los demás tratarán de ayudarme	3,75	1,44	,73
13. Es horrible, en esta situación no puedo ver nada bueno en mí	2,31	1,44	,74	13. Haya pasado lo que haya pasado, sé que cuento con recursos	4,19	1,37	,73
14. Se mire como se mire no puedo ver nada positivo en esta situación	2,22	1,37	,74	14. Pese a todo... en esta situación hay algo que aprender	4,9	1,27	,74
15. No sé qué pensar ni qué hacer, simplemente estoy bloqueado	2,96	1,48	,74	15. Me escucho a mí mismo/a con respeto para responder a la situación	4,05	1,43	,74

### ***Relaciones con variables clínicas (Sintomatología y resiliencia)***

En cuanto a las relaciones con las variables clínicas apenas se encontraron relaciones significativas debido al pequeño tamaño de efecto de las mismas (Tabla 5). La única relación significativa fue la correlación directa entre Auto-tratamiento y Sintomatología ( $r=0,61$ ;  $p < ,01$ ;  $d=0,38$ ). Por lo tanto, los resultados no apoyan la hipótesis 3 planteada.

Tabla 5  
*Medias (M), Desviaciones típicas (SD) y Correlaciones entre las escalas de variables clínicas*

Escala	M	SD	RFAT	RS-14	SA-45	RFRV
ERFAT	34,6	13,45	-			
RS-14	75,5	13,33	-,509	-		
SA-45	82,19	26,63	,615	-,489	-	
ERFRV	58,57	13,52	-,428	,468	-,374	-

\*\*\* $p < ,01$

gl= 349

### Relaciones con variables sociodemográficas

En las relaciones con las variables sociodemográficas no se encontró ninguna relación significativa debido al pequeño tamaño de efecto de las mismas. Por lo tanto, no hay evidencia empírica para decir que los distintos valores en ERFAT y en ERFVRV se deban a las diferencias encontradas en estas variables (Tabla 6 y Tabla 7).

Tabla 6

Medias (M), Desviaciones típicas (SD), Grados de libertad (gl) y T de Student (t) con variables sociodemográficas de Género y Trabajo

Variables sociodemográficas	ERFAT				ERFRV			
	M	SD	gl	t	M	SD	gl	t
Género								
Hombre	33,79	11,48	289	-,86*	60,83	11,69	349	2,27**
Mujer	35,01	14,33			57,39	14,26		
Trabajo								
Sí	33,13	12,73	349	-2,82***	58,95	13,64	349	,72*
No	37,34	14,37			57,85	13,33		

\*\*\* $p < ,01$  \*\* $p < ,05$  \* $p > ,05$

Tabla 7

ANOVA de un factor con variables sociodemográficas (Edad, Estado civil, Estudios y Estructura familiar de origen)

Variables sociodemográficas	ERFAT				ERFRV			
	M	SD	Gl	F	M	SD	gl	F
Edad	-	-	2, 348	14,89***	-	-	2, 348	,32*
<24	38,06	13,95	-	-	58,18	13,86	-	-
Entre 23 y 43	35,63	13,82	-	-	58,27	12,96	-	-
43<	28,51	9,8	-	-	59,53	13,98	-	-
Estado Civil	-	-	4, 346	5,82***	-	-	4, 346	1,29*
Soltero	35	12,59	-	-	59,02	12,74	-	-
Pareja	37,57	14,64	-	-	57,08	13,73	-	-
Casado	31,28	12,09	-	-	59,21	13,57	-	-
Viudo	28,5	9,19	-	-	53	1,41	-	-
Separ./Divor.	24,1	7,67	-	-	64,06	16,93	-	-
Estudios	-	-	4, 346	,79*	-	-	4, 346	1,15*
Primarios	28,75	7,18	-	-	54,5	19,23	-	-
ESO	32,08	11,75	-	-	58,5	14,53	-	-
FP	35,54	13,54	-	-	56,69	12,89	-	-
Universitarios	35,37	13,39	-	-	58,03	12,75	-	-
Postuniversitarios	33,8	14,42	-	-	61,07	14,64	-	-
Fam. Origen	-	-	2, 348	1,94*	-	-	2, 348	,69*
Casados	34,13	13,07	-	-	59,31	13,31	-	-

Divor./Separ	36,3	14,79	-	-	56,88	13,02	-	-
Madre/Padre	35,29	14,19	-	-	54,33	16,81	-	-

\*\*\* $p < ,01$  \* $p > ,05$

### Estudio nº 3: Prueba de contraste diferencial

Una vez realizado el estudio cuantitativo, procedimos a seleccionar dos sujetos para realizar las segundas entrevistas clínicas que permitieran aportar cierta validez complementaria a nuestros instrumentos de medida. Dado que en esta ocasión ya contábamos con nuestro Cuestionario de Respuesta ante el Fracaso elaborado, pudimos facilitárselo a los sujetos para que lo respondieran y comprobar si cada uno puntuaba en un tipo de respuesta al fracaso diferente. De este modo pudimos observar si nuestro instrumento de medida predecía adecuadamente los modos de respuesta al fracaso que observó el profesional en cada entrevista clínica. Las entrevistas fueron grabadas en formato mp4 y analizadas por los profesionales presentes en el estudio. Ambas entrevistas tuvieron una duración aproximada de media hora. Los ítems aparecen marcados en la tabla con una X y con un número que indica su orden de aparición en cada caso. Primero se analizó cada caso por separado y posteriormente se realizó una comparación de ambos para mostrar con mayor claridad las diferencias encontradas.

#### *Entrevista clínica nº 1: Auto-Tratamiento*

ERFAT=63

ERFRV=53

Ítems		Ausencia	Presencia	Primario/a	Secundario/a	Terciario/a
Heridas	1.1. Herida de amor/conexión		X <sub>5</sub>			X <sub>5</sub>
	1.2. Herida de valía/validación		X <sub>2</sub> , X <sub>3</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	
	1.3. Herida de seguridad		X <sub>1</sub> , X <sub>4</sub>	X <sub>1</sub>		X <sub>4</sub>
Auto-cuidado	2.1. Auto-Cuidado Confianza/Seguridad		X <sub>6</sub>	X <sub>6</sub>		
Auto-tratamiento	3.1. Auto-Tratamiento Acción Irreflexiva		X <sub>9</sub>		X <sub>9</sub>	
	3.2. Auto-Tratamiento Reflexividad Improductiva		X <sub>7</sub> , X <sub>8</sub> , X <sub>10</sub>	X <sub>7</sub>	X <sub>8</sub>	X <sub>10</sub>

Síntomas	4.1. Síntoma Sist. Nervioso	X <sub>18</sub>	X <sub>18</sub>	
	4.2. Síntoma Sueño			
	4.3. Síntoma Consciencia/Autoconsciencia	X <sub>13</sub> , X <sub>16</sub>	X <sub>13</sub>	X <sub>16</sub>
	4.4. Síntoma Intencionalidad/Volición	X <sub>19</sub>		X <sub>19</sub>
	4.5. Síntoma Afecto/Motivación	X <sub>11</sub> , X <sub>14</sub>	X <sub>11</sub>	X <sub>14</sub> , X <sub>21</sub>
	4.6. Síntoma Conducta	X <sub>17</sub>		X <sub>17</sub>
	4.7. Síntoma Creencias/Sesgos	X <sub>12</sub> , X <sub>15</sub>	X <sub>12</sub>	X <sub>15</sub>
	4.8. Síntomas Interacción/Relaciones	X <sub>21</sub>		X <sub>21</sub>
	4.9. Síntoma Vínculos/Vida Social	X <sub>20</sub>		X <sub>20</sub>

- 1) Herida primaria de seguridad: “Lo más doloroso sería volver a la boca del lobo” (Min. 7:27)
- 2) Herida primaria de valía: “Yo me diría qué estoy haciendo mal para que mi pareja sienta eso” (Min. 22:55)
- 3) Herida secundaria de valía: se siente hundida como consecuencia de auto-criticarse (Min. 09:20).
- 4) Herida terciaria de seguridad: “Hasta esto me puede castigar la vida/mi cuerpo (parada); “todo al final va mal...” (Min. 15:26; Min. 18:20)
- 5) Herida terciaria de conexión/amor: “Soy culpable porque no preparé a mi familia para la despedida y a mi hermano le afectó un montón. Me siento mal porque a personas muy queridas las he hecho daño” (Min. 24:10)
- 6) Auto-Cuidado primario de confianza/seguridad: “Ya pasará”; “Ya se solucionará” (Min. 4:35)

- 7) Auto-tratamiento primario reflexividad improductiva:
  - a. “no ha valido para nada todo lo que he hecho” (Min. 08:37)
  - b. “Has fracasado: eres culpable” (Min. 21:00)
  
- 8) Auto-tratamiento secundario reflexividad improductiva: “Me sale odio” (Min. 09:32)
  
- 9) Auto-tratamiento secundario de acción irreflexiva: “La única forma de no pensar fue meterme todo lo que me metí” (Min. 14:20)
  
- 10) Auto-tratamiento terciario de reflexividad improductiva: rumiación y auto-crítica tras el intento de suicidio (Min. 23:00-24:30)
  
- 11) Síntoma primario afecto/motivación: tristeza/enfado al sentirse culpable y poco válida → lágrimas (Min. 09:26)
  
- 12) Síntoma primario creencias/sesgos: sentirse culpable ante los fracasos y atribuirse cualidades negativas (Min. 21:00)
  
- 13) Síntoma primario consciencia/autoconsciencia: estado de consciencia alterado ante el malestar y el miedo (Min. 08:00-09:00)
  
- 14) Síntomas secundarios afecto/motivación:
  - a. se hunde más al odiarse a sí misma, muchas emociones negativas que le son difíciles de soportar (Min. 09:26)
  - b. Carencia de motivación para seguir adelante “estoy aquí por obligación” (Min. 15:56)
  
- 15) Síntomas secundarios creencias/sesgos:
  - a. Se percibe visualizando sólo sus aspectos negativos, bajo la narrativa de que es culpa suya lo que ha ocurrido (Min: 23:12)
  - b. Creencia de que todo es negativo y nada puede mejorar “Hasta esto me va mal” (Min. 15:00)
  
- 16) Síntomas secundarios consciencia/autoconsciencia:
  - a. Estado de consciencia alterado bajo el odio propio y la auto-crítica (Min. 09:00)
  - b. Estado de consciencia alterado tras el intento de suicidio (Min. 14:00-15:00)

- 17) Síntoma secundario conducta: Conducta suicida (Min. 14:00-15:00)
- 18) Síntoma secundario Sistema Nervioso: Parada cardiaca por intento de suicidio (Min. 15:20)
- 19) Síntoma secundario intencionalidad/volición: “Todavía tengo que vivir obligada” (Min. 16:24)
- 20) Síntoma terciario vínculo/vida social: “Me siento mal porque a personas muy queridas les he hecho daño” (Min. 24:10)
- 21) Síntoma terciario interacción/relaciones: dificultades a la hora de relacionares con su familia ante esta situación (Min. 24:00)

En esta entrevista podemos observar en el sujeto que prevalecen los modos patológicos de responder al fracaso, ya que impiden afrontar de forma efectiva el dolor emocional y como consecuencia activan nuevas heridas emocionales que dan lugar a nuevas respuestas de auto-tratamiento y a nuevos síntomas, generando aún más sufrimiento en la persona. Aunque presenta ciertas capacidades de autocuidado adquiridas gracias al proceso terapéutico que está llevando a cabo desde hace meses, los procesos de auto-tratamiento siguen venciendo de tal modo que mantienen y aumentan el dolor emocional. Esto coincide con los resultados que puntúa en las escalas con una buena puntuación en auto-cuidado, pero una mayor puntuación en auto-tratamiento.

Ante las situaciones de fracaso parece activarse en el sujeto una herida primaria de valía y una herida primaria de seguridad. Para afrontar el dolor emocional que generan estas heridas el sujeto emplea distintas herramientas, mayormente patológicas: por un lado respuestas de auto-cuidado primario de confianza/seguridad, pero tienen poca fuerza frente a las respuestas de auto-tratamiento primario que presenta de reflexividad improductiva (auto-criticarse), el cual genera diferentes síntomas primarios. A su vez, estos síntomas incrementan el dolor emocional y generan una herida secundaria de valía, apareciendo respuestas de auto-tratamiento secundario de reflexividad improductiva (odio destructor) para afrontar ese dolor emocional que genera los consecuentes síntomas. Dado que el dolor emocional se mantiene ante estas respuestas

de auto-tratamiento, el sujeto intenta acabar con el sufrimiento mediante otra respuesta diferente de auto-tratamiento secundario, en esta ocasión en forma de acción irreflexiva (intento de suicidio), el cual genera síntomas diferentes. Éstos síntomas generan dos nuevas heridas emocionales: una herida terciaria de seguridad (miedo tras la parada cardiaca después del intento de suicidio) y una herida terciaria de amor/conexión (tristeza/rabia por el daño en las relaciones familiares tras el intento de suicidio). Para manejar el dolor emocional de estas heridas terciarias emplea un auto-tratamiento terciario de reflexividad improductiva (echarse la culpa del intento de suicidio) el cual genera a su vez síntomas terciarios.

***Entrevista clínica n° 2: Reorientación Vital***

ERFAT=41

ERFRV=57

Ítems		Ausencia	Presencia	Primario/a	Secundario/a	Terciario/a
Heridas	1.1. Herida de amor/conexión		X <sub>2</sub>	X <sub>2</sub>		
	1.2. Herida de valía/validación		X <sub>1</sub>	X <sub>1</sub>		
Auto-cuidado	2.1. Auto-Cuidado Acción Reflexiva		X <sub>6</sub>	X <sub>6</sub>		
	2.2. Auto-Cuidado Confianza/Conexión		X <sub>5</sub>	X <sub>5</sub>		
	2.3. Auto-Cuidado Confianza/Seguridad		X <sub>4</sub>	X <sub>4</sub>		
	2.4. Auto-Cuidado Reflexividad Comprensiva/Compasiva		X <sub>3</sub>	X <sub>3</sub>		
Auto-tratamiento	3.1. Auto-Tratamiento Reflexividad Improductiva		X <sub>7</sub>	X <sub>7</sub>		

Síntomas	4.1. Síntoma Sist. Nervioso	X <sub>14</sub>	X <sub>14</sub>
	4.2. Síntoma Consciencia/Autoconsciencia	X <sub>13</sub>	X <sub>13</sub>
	4.3. Síntoma Intencionalidad/Volición	X <sub>10</sub>	X <sub>10</sub>
	4.4. Síntoma Afecto/Motivación	X <sub>11</sub>	X <sub>11</sub>
	4.5. Síntoma Conducta		
	4.6. Síntoma Creencias/Sesgos	X <sub>12</sub>	X <sub>12</sub>
	4.7. Síntomas Interacción/Relaciones	X <sub>9</sub>	X <sub>9</sub>
	4.8. Síntoma Vínculos/Vida Social	X <sub>8</sub>	X <sub>8</sub>

- 1) Herida primaria valía: aportar al mundo o alcanzar objetivos personales
  - a. “Me cuesta menos sanarme si es sólo yo” (Min.12:13)
  - b. No lo he hecho porque no valgo para hacerlo” (Min. 30:05)
- 2) Herida primaria amor/conexión: necesitar estar en contacto con los demás
  - a. “Tengo dependencia emocional, no puedo estar lejos de mi entorno, mi familia...” (Min. 04:40)
  - b. “Me parece doloroso no poder llegar a hacer cosas porque necesitas la vista buena de la gente” (Min. 05:00)
  - c. “Si alguien espera algo de mí y no sale me siento súper vacía” (Min. 12:23)
  - d. “Me doy cuenta que estoy para todo el mundo pero luego no todo el mundo está para mí (Min. 12:55)
  - e. “Las palabras desde fuera suenan peor cuando son negativas” (Min. 14:50)
  - f. “Me quiero ir a México y no hacerlo por no fallar a otras personas” (Min. 17:38)
  - g. “Prefiero fallarme a mí antes que fallar al resto” (Min. 18:02)
  - h. “La peor sensación es cuando fallo a alguien que me ha cuidado” (Min. 23:15)
  - i. “Cuando lo que quiero hacer lo comparto con mi entorno y el entorno está enterado de lo que quiero hacer cuando fallo, el agobio para mí es sentir que el fallo que puedo hacerme a mí misma lo transmito a mi entorno” (Min. 36:10)
  - j. Dolor al sentir que hace daño a los demás
    - i. “Sentí que fallé a una persona que tenía dependencia hacia mí” (Min. 08:00)

- ii. “Cuando siento que he fallado a otra persona me hace sentir fatal y súper vacía” (Min. 05:45)
  - iii. “Cuando veo que otra persona sufre por mí...” (Min. 10:43)
  
- 3) Auto-cuidado primario reflexividad compasiva/comprendiva:
  - a. “Intento buscar una forma positiva de verlo” (Min. 06:16)
  - b. Intento darle la vuelta (auto-crítica) y hacerme el menor daño posible (Min. 06:40)
  - c. “Me intento sanar a mí misma y entiendo que esas piedras tienen que caer” (Min. 11:05)
  - d. “Gracias a esto es como soy ahora y no me arrepiento” (Min. 20:28)
  - e. “Entender que siempre se está, pero también se puede no estar; y si se me respeta como cuidadora que también se me respete como ausente” (Min: 21:20)
  - f. “Entra amor propio, si estoy bien conmigo misma hay que respetar las decisiones y no juzgar” (Min. 28:43)
  - g. “Dejarme de echar culpas a mí y dejar de pensar que siempre soy yo la responsable de que algo no haya salido bien” (Min. 29:21)
  - h. Darse paciencia a ella misma: “todo va por momentos” (Min. 32:25)
  - i. “Veo el fracaso de otra forma para no hacerme daño” (Min. 38:50)
  
- 4) Auto-cuidado primario confianza/seguridad:
  - a. “Ya sólo queda continuar y afrontar lo que ha pasado”; “Todo pasa por algo, todo termina fluyendo y colocándose” (Min. 23:43)
  
- 5) Auto-cuidado primario confianza/conexión:
  - a. “Mi propio entorno me hace quitarle peso a esas piedras” (Min. 14:11)
  - b. “A lo mejor es otra persona la que me tiene que ayudar a que lo consiga” (Min. 31:55)
  
- 6) Auto-cuidado primario acción reflexiva:
  - a. “Hablar con la gente y dar a entender por qué ha pasado eso” (Min. 13:37)
  - b. “He cambiado y ahora prefiero sentirme bien con lo que hago y está en mis manos antes que fallarme por los demás” (Min: 20:55)
  - c. “Ahora pienso sobre los fracasos y lo gestiono” (Min. 27:54)

- 7) Auto-tratamiento primario reflexividad improductiva:
- a. “Me siento vacía y me hago mucho daño a mí misma; considero que soy la única culpable de todo y que no merezco lo bueno que me pueda pasar” (Min. 06:25)
  - b. Culpa
    - i. “Sentí que fallé a todo el mundo” (Min. 09:20)
    - ii. “Al principio me tiro todo sobre mí y todo es mi culpa” (Min. 13:20)
    - iii. “Esto sólo depende de ti, lo tienes que hacer tú” (Min. 32:27)
  - c. “Me sentí muy vacía y dejé cosas de lado” (Min. 09:29)
  - d. “Me tiro yo piedras sobre mi tejado” (Min. 10:00)
  - e. “Sabes que no te vas porque tienes dependencia emocional” (Min. 16:10)
  - f. Preocupadora: “Si te vas no vas a aguantar ni una semana” (Min. 16:30)
  - g. Planificar mucho: “Ahora prefiero elegir cada cosa en qué momento” (Min. 17:08)
  - h. Pequeña desesperanza: “Si no ha sido ahora no va a ser nunca” (Min: 30:47)
- 8) Síntoma primario vínculos/vida social: mantenerse cerca y pendiente de los demás para evitar sentirse culpable por alejarse (Min. 16:10)
- 9) Síntoma primario Interacción/Relaciones:
- a. Dificultad para manejar en algunas ocasiones las relaciones con su entorno “prefiero fallarme a mí antes que fallar al resto” (Min. 18:30)
  - b. Adoptar el rol de cuidadora de los demás (Min. 21:20)
- 10) Síntomas primarios intencionalidad/volición:
- a. (Amor/conexión) No irse fuera de España por necesitar estar cerca de la gente a pesar de querer irse (Min. 04:40).
  - b. (Valía) presionarse a hacer cursos y formaciones para sentirse valiosa (Min. 34:43)
- 11) Síntomas primarios afecto/motivación:
- a. Malestar emocional por necesitar la aprobación de la gente “me parece doloroso no llegar a hacer cosas porque necesitas la vista buena de la gente” (Min. 05:00)
  - b. Sensación de vacío cuando hace daño a alguien y se siente culpable; daño emocional al auto-criticarse (Min. 06:00)
  - c. Dolor emocional (rabia/tristeza) causad por autocrítica al no alcanzar un objetivo. Es leve. (Min. 12:09)

d. Desesperanza: “no voy a conseguir nunca el objetivo” (Min. 33:19)

12) Síntomas primarios creencias/sesgos:

- a. Atribuirse toda la culpa y pensar que no merece nada de lo bueno que la pueda pasar (Min. 06:38)
- b. Creencia de que falla a todo el mundo cuando no hace bien algo, creencia de que los demás esperan que haga todo bien siempre (Min. 09:23)
- c. Creencia de que a la mínima puede hacer daño a la gente “ir con pies de plomo” (Min. 10:44)
- d. Creencia de que tiene que ser imprescindible para todo el mundo, estar disponible para todos en todo momento (Min. 12:55)
- e. Creencia de que los demás la van a juzgar si no alcanza un objetivo “estoy fracasando y sólo por contarle a los demás me da más peso, aunque sólo sea mío” (Min. 36:50)
- f. Creencia de que no va a conseguirlo nunca (Min. 30:49)

13) Síntoma primario autoconsciencia/consciencia: estado de consciencia alterado al sentir que tiene que cuidar a todo su entorno, que los demás la van a juzgar si se equivoca, que tiene que estar siempre presente, etc. (Min. 26:31)

14) Síntoma primario sistema nervioso: nervios e inquietud corporal “lo inquieta que soy con todo, la energía que tengo y lo nerviosa que soy” (Min. 15:50)

En la entrevista nº2 hemos podido ver que el sujeto se encuentra en una balanza muy equilibrada entre modos saludables y modos patológicos de responder al fracaso. En el momento en el que se activa el dolor emocional de una herida y aparece la respuesta de auto-tratamiento para manejarlo, es cuando aparecen distintos modos de auto-cuidado “al rescate”, ayudando a enfrentar el dolor emocional de forma más saludable y permitiéndola funcionar de forma adaptativa. Es importante mencionar que aunque presenta modos adaptativos de responder ante las situaciones de fracaso y reducir el dolor emocional que éstas activan, hemos observado que está presente el dolor emocional propio de heridas primarias que siguen abiertas. Esta observación en la entrevista clínica coincide con las puntuaciones que presenta el sujeto en el cuestionario, mostrando unas puntuaciones relativamente equilibradas entre auto-tratamiento y auto-cuidado, pero puntuando más en auto-cuidado. Sus respuestas de auto-cuidado frenan la influencia negativa del auto-tratamiento e impiden que el dolor emocional aumente y genere nuevas heridas.

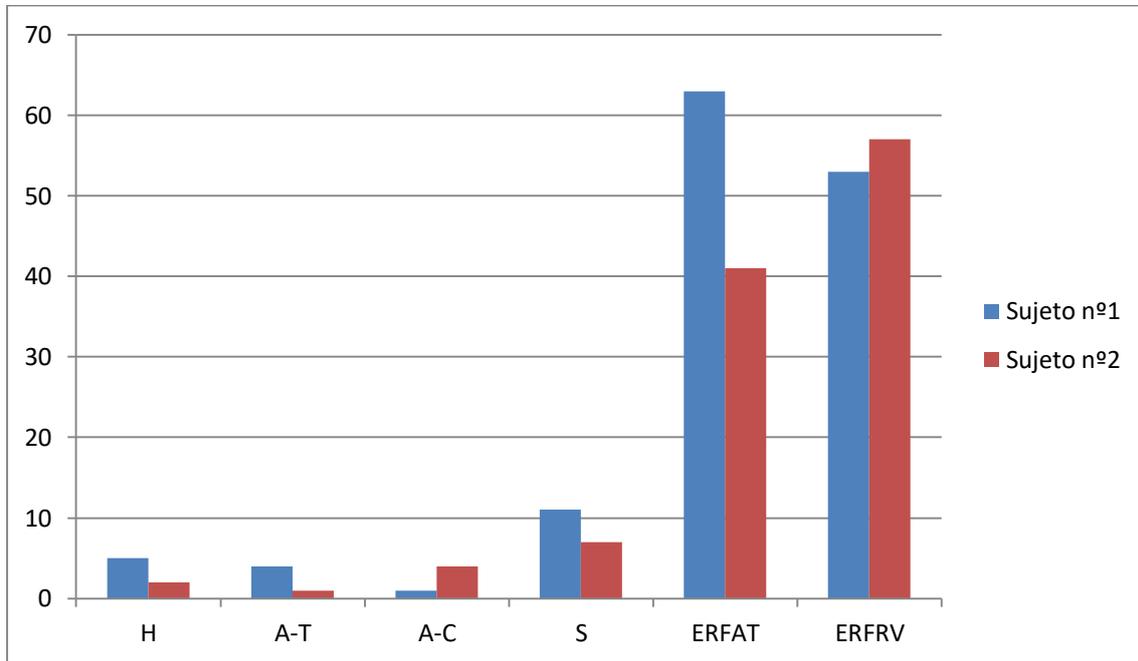
Ante las situaciones de fracaso se activan dos heridas primarias en el sujeto. Por un lado, con un nivel de intensidad más bajo, se activa una herida primaria de valía cuando no es capaz de alcanzar sus propios logros personales, considerándose poco válida. Por otro lado, se activa una herida primaria de amor/conexión que parece estar bastante más activa y ser la principal fuente de dolor emocional. Ante estas heridas se activa distintos modos de auto-tratamiento primario de reflexividad improductiva (auto-crítica, planificación, etc.) que generan diferentes síntomas primarios. Del mismo modo que el dolor emocional activa las respuestas de auto-tratamiento, también activa distintos modos de auto-cuidado que protegen y frenan la influencia negativa del auto-tratamiento.

### ***Comparación Reorientación Vital y Auto-Tratamiento***

Si atendemos al funcionamiento de cada sujeto observado en las entrevistas clínicas realizadas podemos encontrar ciertas diferencias. El sujeto nº1 presenta heridas primarias, secundarias y terciarias; auto-tratamientos primarios, secundarios y terciarios; y síntomas primarios, secundarios y terciarios. En comparación, el sujeto nº2 únicamente presenta heridas primarias, auto-tratamientos primarios y síntomas primarios. Esto se debe a que el nº2 cuenta con unas funciones de auto-cuidado más frecuentes y más potentes que las que presenta el nº1, lo que impide el desarrollo de nuevas heridas que den lugar a nuevos procesos de auto-tratamiento que generen a su vez más síntomas. Podemos observar que el sujeto nº1 presenta únicamente un tipo de auto-cuidado frente a varios tipos de auto-tratamiento diferentes; al revés que el sujeto nº2 que presenta un único tipo de auto-tratamiento y diferentes tipos de auto-cuidado. Es aquí donde se encuentran las principales diferencias: las capacidades de auto-cuidado para hacer frente a los procesos de auto-tratamiento. Ambos sujetos presentan dolor emocional propio de heridas sin resolver, pero las capacidades de auto-cuidado del sujeto nº2 son más eficaces y han detenido el efecto patológico del auto-tratamiento impidiendo que se generen nuevas heridas y que aumente el dolor; mientras que en el sujeto nº1 han tenido más fuerza los procesos de auto-tratamiento, generando más heridas y más síntomas (Figura 3).

Figura3

*Heridas (H), Auto-tratamiento (A-T), Auto-cuidado (A-C) y Síntomas (S) observados en las entrevistas clínicas y puntuaciones en las escalas (ERFAT y ERFVR) de ambos sujetos*



#### 4. DISCUSIÓN

Los objetivos de este trabajo consistieron en construir y validar dos escalas de medida en población española que evaluaran desde una perspectiva Humanista-Experiencial el modo en el que la persona se enfrenta a una situación de fracaso. Antes de comenzar a realizar los diferentes estudios se elaboró la correspondiente fundamentación teórica que justifica los objetivos y el método planteados para estudiar la experiencia de fracaso. Para validar el instrumento se analizó la fiabilidad, la validez de contenido, la validez factorial y la validez de criterio. Cabe resaltar que es el primer instrumento de medida que analiza la respuesta al fracaso desde esta perspectiva, por lo que no existe ningún instrumento similar que sirva de referencia para comparar los distintos resultados.

En el primer estudio pudimos ponernos en contacto directo con la experiencia de fracaso a través de las entrevistas clínicas semi-estructuradas y obtener dos buenas descripciones psicológicas sobre dos modos diferentes de responder ante una situación de fracaso. Estos modos de respuesta se ajustaron a las diferentes estructuras psicológicas planteadas en la fundamentación teórica y en base a sus descripciones pudimos construir los ítems del Cuestionario de Respuesta ante el Fracaso, cumpliéndose lo que planteamos en la **hipótesis 1**.

Pudimos confirmar en gran medida la **hipótesis 2**, ya que construimos un instrumento de medida que cumple mayoritariamente con los criterios de fiabilidad y validez correspondientes -excepto los de validez de criterio-. Respecto a la validez factorial, el análisis factorial exploratorio ofrece en ambas escalas una estructura de un Factor que explica la varianza común. En la ERFAT extrae un Factor que explica el 42% de la varianza, lo cual puede considerarse una buena capacidad explicativa teniendo en cuenta que condensa en un único factor la representación de 15 ítems. Todos los ítems se encontraron bien representados por la escala. En la ERFRV extrae un Factor que explica un 40,45% de la varianza, lo cual puede considerarse del mismo modo una buena capacidad explicativa. En esta escala ERFRV el ítem 4 -*Si algo necesito ahora, es cariño y comprensión*- no se encuentra bien representado ya que tiene un grado de saturación bajo -,15-.

En cuanto a la fiabilidad, en este estudio se halló una adecuada consistencia interna tanto en la ERFAT ( $\alpha=0,75$ ) como en ERFRV ( $\alpha=0,75$ ). Teniendo en cuenta estos alfas de Cronbach podemos considerar que las dos escalas tienen una buena precisión.

Respecto a la validez de criterio, no se encontraron relaciones significativas entre las escalas y las variables clínicas excepto entre la ERFAT con Sintomatología ( $r=0,61$ ;  $p.<,01$ ;  $d=0,38$ ). Estos resultados contradicen las **hipótesis planteadas respecto al objetivo 3**, ya que no se encuentran diferencias significativas respecto a resiliencia entre ERFAT y ERFRV y en Sintomatología sólo se cumple una de las relaciones esperadas, teniendo una magnitud pequeña. Esta baja magnitud en las relaciones puede ser comprendida en cierta medida debido a la baja representación de Auto-tratamiento que expresa la media de ERFAT en la muestra ( $M=34,60$ ). El hecho de que no dispongamos de suficiente muestra clínica puede haber influido en los resultados. Del mismo modo, aunque Greenberg y Whelton hallaron una relación significativa entre la auto-crítica y la depresión (2015), la baja magnitud de la relación entre Auto-tratamiento y Sintomatología también se podría deber a que en este estudio no se mide sólo auto-crítica en Auto-tratamiento y a que se mide la relación con sintomatología general, no con sintomatología depresiva exclusivamente.

Por otro lado, no se encontró ninguna relación significativa entre ambas escalas y las variables sociodemográficas, por lo que no podemos decir que exista evidencia de que estas variables hayan influido en las distintas puntuaciones obtenidas en ERFAT y en ERFRV.

Para comprobar que los cuestionarios miden las variables que los profesionales pretendían evaluar se realizaron dos entrevistas clínicas. A pesar de que no se cumple la **hipótesis 4** planteada debido a que los sujetos entrevistados no corresponden fielmente a un único modo de respuesta ante el fracaso, sí podemos decir que la información recogida por ambos métodos de evaluación -entrevistas y cuestionario- coincidió, lo que indica que el criterio

de medida del cuestionario se ajustó al criterio clínico de la evaluación de los profesionales. Estos resultados no se pueden extrapolar a la población general pero sí sirven para mostrar que los cuestionarios están bien orientados para evaluar los diferentes modos de respuesta al fracaso. El hecho de que los sujetos presenten tanto formas de auto-cuidado como dolor emocional propio de una herida sin resolver indica que si existe una herida emocional existe auto-tratamiento y que las formas de respuesta de Reorientación Vital en ocasiones se aprenden como superpuestas a las necesidades terapéuticas de cambio emocional. Estas formas de auto-cuidado que no producen cambio emocional de algún modo coinciden con la crítica a los ejercicios de compasión instruida planteada desde modelos psicoterapéuticos basados en transformación emocional (Caro y Hornillos, 2015; Ecker y Hulley, 2015).

Una limitación importante con la que cuenta este trabajo es que no existe ningún estudio similar en la bibliografía científica española que sirva de referencia para poder aportar una buena validez convergente. A pesar de que las dos escalas cuentan con una buena validez de constructo y una buena fiabilidad, carecen de una validez de criterio que permita extrapolar los resultados a la población general. Por otra parte, el hecho de que los dos profesionales que han realizado el juicio de expertos sean los autores de esta investigación podría haber generado algún tipo de sesgo en los resultados.

A pesar de las limitaciones encontradas, este estudio cuenta con varias aportaciones relevantes tanto a nivel teórico como a nivel práctico. A nivel teórico, es el primer estudio que ofrece una descripción concreta subjetiva de la experiencia de fracaso desde una perspectiva Humanista-Experiencial, aportando una nueva comprensión más operativa sobre este estresor que está tan presente en la cotidianidad de las personas. A nivel práctico, es el primer estudio en población española que valida una escala que mide la respuesta al fracaso desde esta perspectiva teórica, por lo que brinda un instrumento de medida nuevo que puede contribuir a facilitar y a complementar el trabajo en el área clínica. Puede resultar de ayuda tanto para los profesionales que trabajan desde este modelo teórico como para otros profesionales que pretendan aumentar o complementar su información respecto a cómo construye la persona su experiencia de fracaso. Además, aporta evidencia de que los procesos de auto-cuidado ante heridas emocionales no tienen capacidad para sustituir los procesos terapéuticos ya que por sí mismos no generan cambio en el funcionamiento emocional de la persona.

Por último, sería relevante para futuras investigaciones aportar validez de criterio a estas escalas, como por ejemplo aumentando la muestra del último estudio -entrevistas clínicas- permitiendo extrapolar los resultados a la población general; o estableciendo relaciones convergentes y/o divergentes significativas con otros instrumentos de medida cuantitativos.

También resultaría interesante utilizar la información aportada por este estudio para generar modos fundamentados para trabajar con la experiencia de fracaso.

## REFERENCIAS

- Caro, C. (2005). El concepto de “auto-organización” en la Psicoterapia Experiencial y de Proceso. *Miscelanea Comillas*, 63(123), 367-396.
- Caro, C. (2018). La Formulación de Caso en Terapia Focalizada en la Emoción como proceso de evaluación transdiagnóstica. Presentado en *I Escuela de Primavera de la SEAEP (Sociedad Española para el Avance de la Evaluación Psicológica)*. Evento llevado a cabo en Málaga.
- Caro, C., & Hornillos, T. (2015). La tarea de auto-consuelo compasivo en terapia focalizada en la emoción [The Compassionate Self-Soothing Task in Emotional-Focused Therapy]. *Acción Psicológica*, 12(2), 73-94. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.15808>.
- Cencillo, L. (2003). Aprender a fracasar. En C. Alemany, *14 Aprendizajes vitales* (43-60). Madrid, España: Desclée de Brouwer.
- Choza, J. L. (2016). Sentido de la vida, fracaso existencial y enfermedad. En A. Barreda, *Fibromialgia: un diálogo terapéutico* (77-92). Sevilla, España: THEMATA.
- Churchill, S. D., & Wertz, F. J. (2001). An introduction to phenomenological research in psychology: Historical, conceptual and methodological contributions. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental, y J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 248–262). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ecker, B., Ticic, R. and Hullery, L. (2014). *La reconsolidación de la memoria*. Barcelona: Octaedro.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in Emotion-Focused Therapy. Co-creating clinical maps for change*. Washington, DC: American Psychological.
- Herrman, H., Stewart, D.E., Diaz-Granados, N., Berger, E.L., Jackson, B., y Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258–265.
- Hermans, H. J. M. (2001). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture and Psychology*, 7(3), 243-281.

- Hermans, H. J. M., Kempen, H. J. G., y van Loon, R. J. P. (1992). The dialogic self. *American Psychologist*, 47(1), 23-33
- Mendelowitz, E., y Schneider, K. (2007). Existential psychotherapy. En R. J. Corsini y D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (295-327). Belmont, Estados Unidos: Thompson/Wadsworth.
- Pinedo, I. (2014). *Apropiación del sufrimiento y búsqueda de sentido*. Tesis Psicológica, 9, 36-49. Bogotá, Colombia.
- Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, 17(3), 19-338.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(40), 103-113.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema* 20(2), 290-296.
- Southwick S. M., Bonnano G. A., Masten A. S., Panter-Brick C. y Yehuda R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5.
- Stamateas, B. (2015). *Fracasos exitosos*. Madrid, España: VERGARA.
- Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 1–21.
- Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy*. Nueva York, USA: Routledge
- Wertz, F. J. (2001). Humanistic psychology and the qualitative research tradition. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental, y J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 231–246). Thousand Oaks, CA: Sage
- Whelton, W.J., & Greenberg, L.S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583–1595.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152-169. doi: 10.1017/S0959259810000420.

Worthington, E. L. Jr., Griffin, B. J., Toussaint, L. L., Nonterah, C. W., Utsey, S. O., y Garthe, R. C. (2016). Forgiveness as a catalyst for psychological, physical, and spiritual resilience in disasters and crises. *Journal of Psychology & Theology*, 44(2), 152-165.

## **ANEXO I: Consentimiento informado entrevistas clínicas**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por:

- CIRO CARO GARCÍA, NIF 51415257E, Prof. Colaborador Asociado de la Universidad Pontificia Comillas y psicólogo de la Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI) perteneciente a la misma, y por
- JORGE LAREO OTERO, NIF 53668159M, alumno del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia Comillas.

El objetivo de este estudio es conocer los distintos modos en los que una persona construye su experiencia ante una situación de fracaso y las consecuencias positivas o negativas que tiene cada tipo de experiencia en su vida.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que acceda a la grabación, en audio, de una entrevista clínica en la que se recogerá información sobre una o más experiencias que haya tenido ante una o más situaciones de fracaso. La duración de la entrevista será de veinte minutos aproximadamente.

El modo de trabajo con dicha grabación consistirá en: (1) su transcripción, y eliminación en el texto de todo dato que permita la identificación de la persona participante en el estudio, (2) la audición por parte de los investigadores, y (3) el análisis del contenido conforme a los objetivos del estudio.

Una vez concluidas estas tres acciones, el archivo de audio será eliminado y no se conservará ninguna copia.

Las transcripciones, convenientemente modificadas para preservar el anonimato de la persona participante, podrán ser utilizadas en publicaciones científicas, para ilustrar la construcción de experiencias de fracaso bajo investigación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso le perjudique en forma alguna.

Muchas gracias por su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, y manifiesto que he sido informado/a de los puntos tratados en las líneas anteriores de este documento, así como que he entendido su naturaleza e implicaciones.

Además, me consta que en caso de tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con Ciro Caro García en el teléfono 915 90 26 54.

Entiendo que una copia de documento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante  
23/Enero/2019

Firma del Participante

Fecha: Madrid,

**ANEXO II: Tabla de Observación para codificar estudios de caso de respuesta al fracaso**

Ítems		Ausencia	Presencia	Primario/a	Secundario/a	Terciario/a
Heridas	1.1. Herida de amor/conexión 1.2. Herida de valía/validación  1.3. Herida de seguridad					
Auto-Cuidado	2.1. Auto-Cuidado Confianza/Conexión 2.2. Auto-Cuidado Confianza/Seguridad 2.3. Auto-Cuidado Reflexividad Comprensiva/Compasiva  2.4. Auto-Cuidado Acción Reflexiva					
Auto-Tratamiento	3.1. Auto-Tratamiento Reflexividad Improductiva 3.2. Auto-Tratamiento Supresión de Experiencia  3.3. Auto-Tratamiento Acción Irreflexiva 3.4. Auto-Tratamiento Estado A-Reflexividad					
Síntomas	4.1. Síntoma Sist. Nervioso 4.2. Síntoma Sueño 4.3. Síntoma Consciencia/Autoconsciencia 4.4. Síntoma Atención 4.5. Síntoma Memoria 4.6. Síntoma Temporalidad 4.7. Síntoma Pensamiento/Lenguaje 4.8. Síntoma Cuerpo/Propiocepción  4.9. Síntoma Intencionalidad/Volición 4.10. Síntoma Espacialidad/Movimiento 4.11. Síntoma Afecto/Motivación 4.12. Síntoma Conducta 4.13. Síntoma Creencias/Sesgos 4.14. Síntomas Interacción/Relaciones 4.15. Síntoma Vínculos/Vida Social					

### **ANEXO III: Cuestionario de Respuesta ante el Fracaso (Escala de Respuesta al Fracaso de Auto-Tratamiento y Escala de Respuesta al Fracaso de Reorientación Vital)**

En este cuestionario entendemos "el fracaso" o "una situación de fracaso" como una situación que la persona vive en cualquier área de su vida (sentimental, familiar, laboral, personal, etc.) en la que no alcanza el objetivo deseado o no consigue que la situación se desarrolle como él/ella esperaba y siente la consecuente frustración o malestar que esto genera.

A su vez, las siguientes afirmaciones pueden ser entendidas como frases que uno/a se dice a sí mismo/a ante una de esas situaciones. Son formas de reacción interna, que en mayor o menor grado y de un modo más o menos claro aparecen en tu mente y en tu cuerpo ante dicha situación y contribuyen a construir tu sensación/experiencia de fracaso personal. Dado que hacen referencia a las conversaciones internas que tienes ante esta situación, unas frases aparecen en primera persona y otras aparecen en segunda persona.

Para responder, te pedimos que sigas los siguientes pasos por favor:

- 1) Recuerda una situación de fracaso que te parezca relevante de acuerdo con la definición descrita arriba.
- 2) Date un minuto para conectar con ella (qué pasó, dónde, con quién, etc.).
- 3) Tomando este caso ejemplo de tus reacciones ante una situación de fracaso, valora en qué medida te identificas con cada una de las siguientes frases. Es decir, estas frases hacen referencia a qué te dices o cómo te relacionas contigo mismo/a ante estas situaciones

Esto quiere decir en qué medida parecen resonar dentro de ti y con qué intensidad lo hacen. Para ello utiliza la siguiente escala que del 0 al 5.

No resuena en mí. No me identifico.	Resuena solo vagamente. Sólo me identifico ligeramente.	Resuena en mí moderadamente. Me identifico moderadamente.	Resuena en mí. Me identifico	Resuena bastante en mí. Me identifico en gran medida.	Resuena mucho en mí. Me identifico claramente con la frase.
0	1	2	3	4	5

1	Te has equivocado... mereces que te rechacen.
2	Haya pasado lo que haya pasado, sé que cuento con recursos.
3	Si se enteran, los demás se alejarán de mí.
4	No sé qué pensar ni qué hacer, simplemente estoy bloqueado/a.
5	He fracasado una vez, pero no quiere decir que lo vaya a hacer más veces.
6	Si se enteran, los demás seguirán a mi lado y me darán su apoyo.
7	Me escucho a mí mismo/a con respeto para responder a la situación.
8	Lo has hecho mal... no estás a la altura de los demás.
9	Tengo que solucionarlo y lo peor es que sé que algo malo va a pasar.
10	Si se enteran, los demás me comprenderán sin juzgarme.
11	Es horrible, en esa situación no puedo ver nada bueno en mí.
12	Soy yo quien tiene que solucionarlo y nadie va a estar a mi lado.
13	Si algo necesito ahora, es cariño y comprensión.
14	Fallaste... tarde o temprano pagarás las consecuencias.
15	Estoy tranquilo/a porque sé que puedo arreglarlo o al menos hacer algo.
16	Esto solo confirma que no merezco cariño ni comprensión.
17	Lo he hecho mal pero eso no me hace diferente.
18	Si se enteran, los demás se reirán de mí.
19	Estoy tranquilo/a porque no quiere decir que vaya a pasar nada más.
20	Soy yo quien tiene que solucionarlo y nada de lo que yo haga será suficiente.
21	Se mire como se mire, no puedo ver nada positivo en esta situación.
22	Esto sólo confirma que no valgo nada.
23	Esto sólo confirma que en mi vida siempre voy a meter la pata.
24	Me he equivocado, pero cuento con el apoyo de los demás.
25	Estoy tranquilo/a porque cuento con gente a mi lado.
26	Si se enteran, los demás se aprovecharán de mis debilidades.
27	A pesar de haber fallado, sigo sabiendo lo que valgo.
28	Si se enteran, los demás tratarán de ayudarme.
29	De acuerdo, he fallado, pero no quiere decir que vaya a recibir ningún castigo.
30	Pese a todo... en esta situación hay algo que aprender.