



**La revolución del respeto: estudio de caso de un varón de mediana edad desde el modelo humanista.**

Autora: Inés Gortázar Martínez

Tutora: Dra. Mónica Torres Ruiz-Huerta

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2024

## Índice

<b>1. Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Importancia del caso y justificación de bases teóricas.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2. Objetivos del estudio.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Diseño.....</b>	<b>9</b>
<b>4. Metodología de evaluación .....</b>	<b>10</b>
<b>5. Presentación del caso .....</b>	<b>12</b>
<b>6. Antecedentes.....</b>	<b>16</b>
<b>7. Evaluación Inicial.....</b>	<b>20</b>
<b>8. Formulación de caso .....</b>	<b>25</b>
<b>9. Tratamiento y curso.....</b>	<b>29</b>
<b>10. Resultados .....</b>	<b>34</b>
<b>11. Discusión .....</b>	<b>40</b>
<b>12. Referencias.....</b>	<b>43</b>
<b>13. Apéndices .....</b>	<b>48</b>

## 1. Resumen

Estudio de caso de los primeros meses de intervención psicoterapéutica de un varón de mediana edad con sobrecarga y estrés laboral, basándose en un modelo humanista. El paciente, un director pedagógico y docente, muestra dificultades para diferenciarse y establecer límites protectores en sus relaciones, expresar su voz y deseo, y para la conexión emocional y corporal. La intervención se centra en estrategias de asertividad, escucha emocional y consciencia corporal, integrando elementos del psicodrama, la Terapia Gestalt, el Focusing y la Terapia Focalizada en la Emoción. Se utilizó un diseño de estudio de caso único, recogiendo datos cualitativos y cuantitativos durante 7 meses de tratamiento. Los resultados muestran una mejora significativa en el malestar subjetivo, en los síntomas ansiosos y en los problemas interpersonales, lo que refleja un mayor empoderamiento y autoafirmación en el paciente. Se observa un progreso en el acceso e integración de sus vivencias, en la diferenciación en sus relaciones y una mayor capacidad para expresar necesidades y límites. Si bien se identifican áreas de mejora, como la integración emocional y corporal continua, se destaca la eficacia del modelo humanista en pacientes con dificultades similares. Se recomienda continuar el tratamiento para fortalecer la identidad del paciente y abordar las limitaciones financieras en la terapia. Este estudio proporciona un ejemplo valioso para futuras intervenciones en salud mental desde un modelo humanista.

*Palabras clave:* Estudio de caso, Modelo humanista, Estrés laboral, Diferenciación, Asertividad, Integración emocional.

### **Abstract**

Case study of the first months of psychotherapeutic intervention of a middle-aged male with work overload and stress, based on a humanistic model. The patient, a pedagogical and teaching director, shows difficulties in differentiating and establishing protective boundaries in his relationships, expressing his voice and desire, and in emotional and bodily connection. The intervention focuses on assertiveness strategies, emotional listening and body awareness, integrating elements of psychodrama, Gestalt Therapy, Focusing and Emotion Focused Therapy. A single case study design was used, collecting qualitative and quantitative data during 7 months of treatment. The results show a significant improvement in subjective distress, anxious symptoms and interpersonal problems, reflecting greater empowerment and self-affirmation in the patient. Progress is observed in the access and integration of their experiences, in the differentiation in their relationships and a greater capacity to express needs and limits. Although areas for improvement are identified, such as continued emotional and bodily integration, the efficacy of the humanistic model in patients with similar difficulties is highlighted. Continued treatment is recommended to strengthen the patient's identity and address financial constraints in therapy. This study provides a valuable example for future mental health interventions from a humanistic model.

*Keywords:* Case study, Humanistic model, Work stress, Differentiation, Assertiveness, Emotional integration.

## **2. Introducción**

### **2.1. Importancia del caso y justificación de bases teóricas**

El presente trabajo aborda el análisis de un caso clínico desde un modelo de intervención humanista. Se presenta el caso del paciente F. (también denominado en este documento como F.) un varón de mediana edad que acude a consulta debido a una situación de elevada carga y estrés laboral en su rol como director pedagógico y docente en un centro de enseñanza integral. Esta situación ha generado significativa frustración e inestabilidad para el paciente, que pone de manifiesto un desajuste entre sus expectativas y su organización en diferentes aspectos de su vida laboral y personal, así como una dificultad para ser respetado y establecer límites en sus relaciones, que le permitan protegerse y expresar con libertad su voz y deseo.

Para comprender adecuadamente el análisis y la intervención realizados para este caso, es fundamental contextualizar este trabajo mediante la exploración de los diversos conceptos clave y modelos teóricos utilizados en su evaluación e intervención. El foco principal de la intervención terapéutica se ha centrado en la aplicación de un abordaje humanista para tratar las consecuencias derivadas de la sobrecarga y el estrés laboral experimentados por el paciente. Esta perspectiva ha incluido la implementación de estrategias para trabajar la asertividad en la gestión de las relaciones interpersonales, así como prácticas dirigidas a la escucha y el procesamiento emocional y corporal.

Un aspecto crucial para el desarrollo de la intervención y del progreso terapéutico de F. ha sido la instauración de un espacio terapéutico seguro, y de un vínculo sólido y libre de juicios entre las terapeutas, el equipo terapéutico y el paciente, lo que ha facilitado la construcción de una alianza terapéutica óptima (Horvath et al., 2011). Autores como Wampold (2001) y Norcross (2011) han investigado la eficacia de diferentes variables que interfieren en la consecución del cambio terapéutico, resaltando la importancia de los aspectos comunes relacionados con la relación terapéutica, lo cuales son primordialmente ofrecidos por el terapeuta. Por ello, la aproximación terapéutica primordial llevada a cabo con F. se ha fundamentado en los principios propuestos por Rogers (1957; 1959), que enfatizan la importancia de la involucración de las terapeutas para establecer una relación terapéutica auténtica, genuina y empática como base para el cambio y el crecimiento personal del paciente durante el proceso terapéutico. En concreto, ha sido esencial el desarrollo de habilidades como la aceptación incondicional de F., atendiendo a su funcionamiento y a sus mecanismos evitativos y defensas como la confluencia o la interrupción, que dificultaban

el acceso a su experiencia con mayor profundidad y a sus estados emocionales y corporales; la comprensión empática de sus dificultades en la apropiación y continuidad de su relato de vida, en las dinámicas con sus relaciones interpersonales y su sintomatología ansiosa; y el mantenimiento de la congruencia en la relación, tratando de no dejarnos llevar en exceso por la racionalización de F., mostrando presencia, arraigo y consciencia de nuestras emociones para abrimos a nuestra experiencia y a la del paciente momento a momento (Rogers, 1957).

En relación con el motivo de consulta principal del paciente, que es la elevada carga y estrés laboral, se ha observado en la literatura científica un interés creciente por comprender el impacto de estas variables en los trabajadores desde diferentes perspectivas: profesional, social e individual. Freudenberger (1974) fue pionero en acuñar el término “Burnout” para describir al síndrome de agotamiento laboral, tras identificar los principales signos derivados del estrés prolongado en profesionales, particularmente en sectores de atención al público, como el personal sanitario; (García-Iglesias et al., 2021) y el educativo (Esteras et al., 2018; Salanova et al., 2003). Maslach y Jackson (1981) definieron el *burnout* mediante tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, mientras que Pines et al. (1981) lo asociaron a un triple agotamiento: emocional, mental y físico.

En el ámbito educativo, modelos como el de Schwab et al. (1996) han destacado aspectos organizacionales tales como como el conflicto y la ambigüedad en el rol profesional; la falta de apoyo entre compañeros, y el nivel de responsabilidad y poder de decisión, como factores de riesgo asociados al *burnout* docente. Sin embargo, se ha observado una laguna en la investigación respecto al estrés y el *burnout* en cargos de alta responsabilidad, como el del director (Barraza, 2010; Tejero et al., 2010; Sanz-Ponce et al., 2022). Es crucial, como lo respalda el trabajo de Sanz-Ponce et al. (2022), comprender la realidad individual de los directores, quienes enfrentan una gran responsabilidad y se ven inmersos en conflictos institucionales entre alumnos, familiares y personal docente, que trascienden el ámbito profesional y afectan al plano personal, representando un desafío interno difícil de gestionar. Desde esta perspectiva, nos hemos querido acercar a F., en su proceso de dificultad ante la implementación de normas sobre otros compañeros (entre los que se encontraban amigos) con las que no estaba de acuerdo, como por ejemplo a la hora de llevar a cabo despidos, así como en su sentido de ayuda y su vocación por la enseñanza, lo que le ha impedido darse prioridad. Todo ello, le invita a generar un vínculo con los demás en el que las necesidades de los otros se priorizan sin dar cabida, en multitud de ocasiones, a la libertad para la

expresión de las suyas. Así, su sentido de autenticidad y de agencia ante la toma de decisiones en su vida personal y laboral quedan muy oprimidos.

Tomando como base el modelo humanista, la intervención terapéutica se establece a partir de una visión del ser humano holística, prestando atención a las dimensiones cognitiva, corporal, emocional y espiritual, así como a la relación entre todas ellas. Esta perspectiva considera a la persona como un individuo único y complejo, en un proceso continuo de realización y de cambio con un sentido de libertad para elegir y diferenciarse. De esta forma, el paciente es visto como dueño y experto de su experiencia, por lo que el terapeuta actúa como un acompañante que facilita la profundización y la atención a los aspectos dolorosos de su experiencia en el *aquí y ahora*, abordando las fuentes generales de disfunción que motivan la consulta (Bugental, 1963; Winston, 2015). Así, para este estudio de caso, se ha acompañado el proceso de terapia de F. mediante una escucha consciente y atenta de su funcionamiento en el *aquí y ahora*, facilitando la integración de los mecanismos que interfieren en el acceso y elaboración de experiencias dolorosas, tanto actuales como de su historia de vida.

Dentro del modelo humanista convergen diferentes enfoques terapéuticos. En el trabajo durante el proceso de terapia con F., se han considerado aquellos aspectos más comprometidos, como la falta de sentido de agencia y diferenciación en contextos relacionales, que afectan a su nivel de individuación, y la dificultad para conectar con la dimensión emocional y corporal de sus experiencias, debido a una falta de acceso y de aprendizaje en su vida. De esta forma, se ha integrado el trabajo de los principios teóricos y prácticos del psicodrama (trabajo en el *aquí y ahora*, rol activo y espontáneo, trabajo con yo-auxiliares del equipo terapéutico); la Terapia Gestalt (trabajo con mecanismos neuróticos que están alterando la permeabilidad de los límites entre el yo y el tú); el Focusing (fomentar la conexión con el cuerpo) y la Terapia Focalizada en la Emoción (trabajo con la evitación emocional, heridas nucleares y emociones primarias y secundarias) (Rojí y Saúl, 2013).

Por tanto, el trastorno en este caso se podría considerar resultado de un error en el sentido de diferenciación en la relación con los demás, donde existe una alteración en la firmeza de los límites entre el yo y el tú; una deficiencia en el procesamiento emocional, posiblemente vinculado a un fallo en la dimensión corporal, que se relaciona con la evitación del dolor emocional y con un *self* poco asentado en la experiencia corporal sentida, y la presencia de heridas interpersonales

nucleares debido a negligencias en el cuidado y experiencias de humillación, donde no se han podido satisfacer completamente las necesidades de conexión y de valía.

Desde la perspectiva del Psicodrama de Moreno (1966), se ha prestado especial atención a que el proceso de cambio hacia la salud se fundamenta en la integración del cuerpo y la acción con la palabra del paciente durante las sesiones. El psicodrama entiende que, a través de la dramatización de los roles que el paciente desempeña en diversos contextos sociales, junto a otros yo-auxiliares en la escena, vive y revive en el *aquí y ahora* todos los elementos del discurso de la sesión. Esto crea un contexto en el que, a partir de la exposición de situaciones relevantes y conflictivas de su vida actual y pasada, lo ficticio y la vida real se acercan tanto que casi coinciden, desdibujando las fronteras entre el yo y el tú, pasado y presente, o fantasía y realidad (Rojas-Bermúdez, 1997). Así, se pueden recoger y analizar todos los elementos de la escena desde una comprensión holística y diagnóstica de la problemática que presenta el paciente.

Una de las premisas fundamentales de este modelo es que la espontaneidad que otorga el rol activo del paciente en la dramatización permite un mayor grado de implicación en su proceso de cambio, combatiendo su escapada de aquellos elementos dolorosos de su experiencia, los cuales han quedado oprimidos ante un posible fallo en el desarrollo de su individuación. Además, aborda las resistencias y expone las defensas que favorecen dicha huida. Así, el papel de las terapeutas y del equipo terapéutico ha consistido en acompañar a F., brindándole apoyo y seguridad, y fomentando su sentido de agencia y diferenciación, en un rol activo en las dramatizaciones. Esto se ha logrado mediante el uso del cuerpo junto a la palabra, en la puesta en escena de los diferentes roles que el paciente tiene dificultades para desempeñar. Con esta base, se permitirá una respuesta nueva y más adaptativa a los temores asociados a roles concretos en las relaciones durante la historia de vida del paciente, que tienen su origen en momentos dolorosos de su pasado, promoviendo el conocimiento y la construcción de un *self* más diferenciado entre el sí mismo y el otro (Herranz, 2011).

## **2.2. Objetivos del estudio**

El objetivo general del presente estudio de caso es ofrecer un ejemplo ilustrado de un proceso de intervención psicoterapéutico humanista basado en la integración de componentes del psicodrama, la Terapia Gestalt, el Focusing y la Terapia Focalizada en la Emoción en un varón de mediana edad con dificultades para poner límites protectores y mostrar su enfado; que ha sufrido

gran sobrecarga y estrés laboral como director pedagógico, lo cual coincide con el comienzo de su camino como padre primerizo. Dicho paciente está siendo atendido en la UNINPSI-Unidad Clínica de Psicología en Madrid. Por tanto, se pretende comprobar la utilidad de este enfoque para dicha problemática y tipo de población, recogiendo toda la información de las técnicas, procedimientos y resultados de los primeros 7 meses de la intervención con el paciente, a partir de una evaluación y análisis multifuente. Con todo ello, se desea realizar una aportación a la comunidad científica y colaborar con líneas de trabajo que logren su efectividad en la atención a la salud mental.

Por otra parte, se buscan objetivos específicos de mejora en el proceso terapéutico, dirigidos a exponer a F. la utilidad del abordaje de la gestión de emociones, tales como el miedo a la expresión del enfado y la tristeza, y que pueda lograr su procesamiento e integración en una respuesta más adaptativa a la hora de proteger y dar voz a sus propias necesidades. En concreto, permitir expresar un enfado asertivo para el manejo de límites protectores en relaciones y en contextos que están actualmente generando malestar. Asimismo, la posibilidad de integrar la escucha de las emociones y su experiencia en el cuerpo para tolerar un mejor manejo de sus vivencias.

### **3. Diseño**

El diseño de investigación empleado en este trabajo es un estudio de caso único, que constituye una de las modalidades más comunes de investigación cualitativa en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Se basa en la descripción y análisis de la intervención terapéutica en un caso clínico específico, utilizando instrumentos de evaluación psicológica, con el objetivo de estimar la idoneidad de la intervención y su congruencia con la evidencia disponible.

La intervención aplicada para este estudio de caso se llevó a cabo en la UNINPSI-Unidad Clínica de Psicología, un centro sanitario privado ubicado en Madrid, asociado a la Universidad Pontificia Comillas. El paciente solicitó atención psicológica al centro de manera voluntaria en el mes de septiembre. Se siguió el protocolo estándar del centro que incluye: una entrevista inicial con una psicóloga con el fin de recoger información sobre su motivo de consulta y realizar una evaluación inicial de su estado general de salud, mediante la aplicación de una batería psicométrica. Posteriormente, fue derivado a una psicóloga con un equipo terapéutico. El paciente aceptó participar en un proceso terapéutico de estas características, en el que merece destacarse la

posibilidad de trabajar con todo el equipo terapéutico como yo-auxiliares, como se describirá en el tratamiento.

La intervención comenzó a finales de octubre y se acordó que el paciente acudiera al centro una vez por semana, los jueves por la tarde en horario de 18:30 a 19:30h. Por tanto, el estudio se ha llevado a cabo durante los primeros 7 meses del tratamiento, en concreto, de octubre a mayo.

Con respecto al tipo de intervención del paciente, esta se realizó en el contexto de las prácticas curriculares del segundo curso del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria por un equipo terapéutico humanista en coterapia, formado por una terapeuta de referencia y una psicóloga en formación, y en observación, por otras tres psicólogas en formación. En primer lugar, la terapeuta de referencia y tutora del presente trabajo: Mónica Torres Ruiz-Huertas. Doctora en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid, cuenta con más de 25 años de experiencia en la intervención con pacientes en psicoterapia humanista. En segundo lugar, la autora de este trabajo: Inés Gortázar Martínez. Graduada en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid y actualmente alumna del segundo curso del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria y del Máster Propio en Terapia Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción en la Universidad Pontificia Comillas. Y, en último lugar, el resto del equipo terapéutico de observación, compuesto por tres psicólogas sanitarias en formación, que observaron las sesiones detrás de un espejo unidireccional situado en una sala adjunta al despacho donde se realizaba la terapia, y en la que escuchaban a través de un circuito cerrado de audio. Asimismo, se debe indicar que la selección del caso se realizó al inicio del periodo de prácticas académicas del equipo terapéutico, de forma aleatoria y disposicional.

Para concluir, es importante mencionar que este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Pontificia Comillas para su desarrollo.

#### **4. Metodología de evaluación**

Para recoger y analizar información de F., se ha llevado a cabo una aproximación multimétodo, partiendo del uso de una metodología cualitativa y cuantitativa. El objetivo principal es lograr una comprensión global e integral de la situación de F. y determinar una evolución sistemática desde su estado inicial y hasta el final de la intervención terapéutica que se expone en el presente trabajo.

Asimismo, es importante destacar que, desde un encuadre de intervención humanista, se antepone la evaluación del proceso del paciente como individuo único y en relación, el cual es experto de su propia experiencia, al contenido de los síntomas, para determinar una etiqueta diagnóstica concreta (Bugental, 1963; APA, Div. 32, 2004). Por ello se busca, de manera flexible a lo largo de las sesiones, ir marcando objetivos simultáneamente con el paciente con respecto a sus dificultades inter e intrapsíquicas detectadas, para poder elaborar una formulación del caso acorde con la evolución del proceso durante la terapia (Goldman et al., 2016).

Por tanto, los procedimientos y fuentes de datos más utilizadas durante el proceso de evaluación y análisis de resultados han sido de carácter cualitativo, fruto de: entrevistas clínicas, medidas observacionales y notas del caso. Todo ello, por medio de la recogida de información descriptiva de las sesiones de entrevista e intervención con F. y de la observación directa realizada por el equipo terapéutico, que se encontraba detrás del espejo unidireccional. Por otro lado, se recogieron datos cuantitativos para evaluar el progreso terapéutico y el tipo de sintomatología presente en F., tanto en su línea base como a los 3 y 7 meses de la intervención, a partir de una batería psicométrica estandarizada y validada que se recoge en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Batería de evaluación psicométrica administrada al paciente.*

<b>Test</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>
Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)	Evaluación del progreso terapéutico	Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) (Evans et al., 1998) en su versión validada al castellano (Feixas et al., 2012), ver Apéndice A.
Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)	Evaluación de síntomas psicopatológicos	Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Davison et al., 1997) derivado de la escala SCL-90 en su versión validada al castellano (Sandín et al., 2008), ver Apéndice B.

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)	Evaluación del funcionamiento interpersonal	Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) (Barkham et al., 1996) versión abreviada del IIP64 en su versión validada al castellano (Salazar et al., 2010), ver Apéndice C.
STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo	Evaluación de la ansiedad	Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (Spielberger et al., 1970) en su versión validada al castellano (Buela-Casal et al, 2011), ver Apéndice D.
Escala de Conexión Corporal (SBC)	Evaluación de la conexión corporal	Versión Española de la Escala de Conexión Corporal (SBC) (Price y Thompson, 2007) de Del C Quezada-Berumen et al. (2014), ver Apéndice E.
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)	Evaluación de la satisfacción vital	Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (Diener et al., 1985) versión validada al castellano (Atienza et al., 2000), ver Apéndice F.
Cuestionario de Apego Adulto (CaMIR-R)	Evaluación del apego adulto	CaMIR-R (Balluerka et. al., 2011) versión reducida del CaMIR, ver Apéndice G.
Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS)	Evaluación del perfeccionismo	Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS) (Frost et al., 1990) validada al castellano (Carrasco et al., 2009), ver Apéndice H.
Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	Evaluación del síndrome de burnout	Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981), validada al castellano (Seisdedos, 1997), ver Apéndice I.

## 5. Presentación del caso

El paciente, F., es un varón de 45 años que acude a terapia de manera independiente por recomendación principal de su jefa. Es la segunda vez que inicia un proceso terapéutico, el primero no llegó a formalizarse debido a una falta de confianza en su terapeuta.

Actualmente vive en Madrid con su pareja, con quien mantiene una relación estable desde hace 4 años, y con un hijo en común que nació en febrero de 2023. La pareja es de Valencia, lo que ha conllevado algunas dificultades en el ajuste marital durante este tiempo, debido a los requerimientos por parte de ella de desplazamientos frecuentes para visitar a su familia y amigos. Ambos se dedican a la enseñanza y, en la actualidad, trabajan en el mismo centro de enseñanza donde, además F. es director pedagógico de uno de los departamentos. El paciente estudió el grado en Ingeniería Mecánica en Madrid, pero su vocación siempre fue la enseñanza, por lo que posteriormente se especializó en la formación de profesorado para poder dedicarse a tiempo completo a ella.

Con respecto al entorno familiar de F., comentar que es hijo único y que fue criado en Madrid por su madre y sus abuelos maternos, debido a la ausencia de su padre, quien abandonó a su familia cuando su madre se quedó embarazada a los 21 años. Este tema no ha sido abordado aún en profundidad en las sesiones. El paciente refiere que lo tiene asumido y que nunca le ha importado en exceso, por lo que en ningún momento ha preguntado más a su madre sobre su padre. A este respecto, como hipótesis se plantea que este asunto es difícil para F. y que parece no estar preparado para afrontarlo. Sin embargo, en el desarrollo del proceso de terapia se va pudiendo identificar en su relato un temor fuerte al abandono, ante una vinculación con el otro donde el límite es vivido como una posibilidad de traicionar o abandonar. Actualmente, mantiene relación con su madre y con sus tíos, ya que su abuela falleció cuando él tenía 16 años.

Su círculo social ha sido siempre diverso, ya que ha mantenido amistades de diferentes grupos (colegio, universidad y trabajo). F se describe como una persona tímida al inicio de las relaciones, pero extrovertida cuando ya conoce mejor a sus círculos. Además, expone haber sentido siempre la necesidad de estar disponible y no perderse nada, así como de comprometerse para organizar planes, siempre con un alto nivel de entrega por parte de sí mismo. Ha buscado siempre el agrado y el bienestar de los otros para que todo saliera perfecto. En ocasiones, esta manera de actuar ha sido fuente de frustraciones por: *“no haber sabido disfrutar de lo bueno y de lo malo, no relativizar, y exigir y exigirse tanto”*. Actualmente, debido a su situación laboral y personal, ha experimentado un deterioro y distancia de sus relaciones sociales.

F. comenzó el proceso terapéutico a finales de octubre, mientras se encontraba de permiso por la lactancia de su hijo. Su principal motivo de consulta se relacionó con la complicada situación laboral que viene atravesando desde hace tres años por el cambio en la dirección del centro

educativo. Momento en el que decidió, además, emprender su proyecto familiar junto a su pareja actual, que trajo consigo comprar una casa y posteriormente tener un hijo. Por consiguiente, F. ha sentido la obligación de llevar a cabo muchos cambios en su vida y sacrificar su tiempo de ocio, sobre todo con amigos, para priorizar a su familia y, sobre todo, el trabajo. En concreto, ha sufrido gran malestar ante la sobrecarga y el estrés laboral sostenidos, el cual no ha sabido compaginar con el resto de sus áreas vitales. Este aspecto es uno de los que está modificando estos meses de forma activa, como resultado de su proceso de trabajo en la terapia.

Durante el último curso académico es cuando F. sufrió un mayor desgaste, que se produce a partir del nacimiento de su hijo y, al considerarse víctima de una situación muy estresante a nivel laboral. El paciente, como miembro del consejo de dirección del centro educativo, fue uno de los responsables de la adopción de medidas difíciles en su departamento escolar, tales como despidos de personal docente en el pasado mes de julio, que le acarrearón un rechazo por parte de sus compañeros, hasta entonces amigos. Todo este proceso ha supuesto para F. un dolor importante y una pérdida de referentes internos y externos. Por una parte, tuvieron lugar diferentes conflictos interpersonales con personas del centro cuyo vínculo afectivo, hasta la fecha, se consideraba positivo; en palabras del propio paciente: *“Llevo de tener relaciones cercanas a ser odiado, sentirme atacado, sobre todo por el primer director”*. Por otra parte, afloró un conflicto de valores y de lealtades debido a propuestas del centro escolar muy contradictorias, las cuales le han hecho sentirse rechazado y confundido internamente; por un lado, por no saber cuál es su lugar en la institución y, por otro, por cómo encontrar su sitio, en un contexto que le causa un temor tan grande para él, como es: *“abandonar y ser abandonado”*. Todo este conflicto parece ser vivido siempre en estos términos a nivel externo.

Tras todo esto y durante sus vacaciones en agosto, cuando tuvo que encargarse de gestiones del colegio, como venía siendo habitual, F. menciona haber hecho *“crac”*. Comenzó a sentir bastante apatía e imposibilidad de levantarse de la cama y de hacer planes de ocio. Al comenzar el nuevo curso escolar en septiembre se empezó a recuperar, pero cuenta que no lograba desconectar del trabajo, ni pasar tiempo de calidad con su hijo a pesar de estar de baja por paternidad, en sus palabras: *“Me demandaban trabajo, ya que necesitaban conocimientos que solo tengo yo”*. Se notaba nervioso, frustrado y con gran inestabilidad emocional, lo que comenta haberle incitado a morderse las uñas o a pasar bastante tiempo jugando a un juego de móvil para regular su angustia. Se dio cuenta de que debía acudir al psicólogo porque no podía seguir así.

En resumen, durante todo este tiempo a F. le ha resultado muy difícil poner límites, sobre todo en el trabajo, en sus palabras: *“Me llevaba trabajo a casa y tenía que trasnochar para solucionar muchos problemas”*; *“Llevo tres años sin poder descansar apenas en mis ratos libres y en mis vacaciones”*. Se percibe en F. que muestra rabia y dolor reprimidos por todo este tiempo “entregado” al trabajo sin reconocimiento y sin ser respetado. Como hipótesis se plantea que, desde tiempo atrás, F. viene mostrando una falta de diferenciación y de confusión respecto a los límites en sus relaciones: o bien darlo todo o bien desdibujarse, todo lo cual le ha costado manejar. Así pues, los cambios realizados en el modelo de dirección del centro escolar y la responsabilidad adquirida como director de este han podido forzar a F. a poner límites respecto a los demás, de forma extrema y externa; lo que puede suponer para él también, un conflicto interno grande, ante la pérdida de partes fundamentales de su identidad y de su experiencia vital.

Durante los primeros meses de la intervención, se detectó una necesidad en F. de expresar y calmar el malestar derivado principalmente de su situación laboral, por lo que ocupaba gran parte del espacio de las sesiones. Esto ha supuesto un proceso largo en el que consolidar un vínculo de seguridad y confianza con F., que le permitiera sentirse comprendido y arropado ante tanto dolor y pérdida. Todo ello se ha ido integrando poco a poco en su experiencia y como resultado, F. ha dado pasos en adelante durante los últimos meses de terapia para continuar su proceso y profundizar en el relato de otras experiencias significativas y dolorosas de su historia de vida, ajenas al trabajo, que se habían interrumpido y normalizado, tales como: situaciones de abuso en la infancia; el duelo por el fallecimiento de su abuela; la ausencia de su madre durante su infancia; problemas con el alcohol durante su juventud; la situación de parto traumático de su hijo, o las dificultades en el ajuste marital con sus respectivas familias de origen. F. va abriendo el libro de su vida con cautela, dejando que las terapeutas puedan acercarse a su dolor despacio. Se entiende que es debido a que la herida aún está abierta y nunca ha sentido que nadie pueda acercarse a poder repararla. Así pues, se ven muchos avances en estos meses donde F. va pudiendo integrar.

Asimismo, cabe destacar que, a finales de noviembre de 2023, el paciente solicitó a su médica de cabecera la baja laboral. Esta decisión fue respaldada por las terapeutas y por la médica, quien aceptó que F. estuviera de baja el tiempo que él mismo considerase, sin necesidad de tomar medicación psiquiátrica. Así, F. estuvo de baja hasta principios de enero de 2024, momento en el que decidió voluntariamente retomar su actividad laboral.

Finalmente, es primordial comentar que se obtuvo el consentimiento informado del paciente para participar en este estudio y que la información que se recopile se utilizará con fines únicamente académicos y científicos, salvaguardando en todo momento los datos que pudieran dar lugar a su identificación.

## **6. Antecedentes**

El problema principal que F. trae a terapia y que se puede considerar el antecedente más relevante y reciente es la complicada situación laboral que mantiene, al ser actualmente el director pedagógico del centro de enseñanza, donde lleva trabajando más de 10 años. Ocupa el cargo en septiembre de 2020, tras la marcha forzada del anterior director por irregularidades en su gestión; lo que hizo que F. tuviera que asumir y solucionar diferentes asuntos encadenados. Para el paciente, ser profesor es vocacional y la dirección, según nos indica, también. El puesto como director le da la oportunidad de impulsar su ambición por ayudar a los alumnos, gracias al efecto multiplicador que conlleva tener una posición superior. Además, le está permitiendo adquirir un aprendizaje más amplio sobre el contexto docente, al tener otro tipo de responsabilidades. El paciente considera que es un puesto en el que se debe rotar, ya que se asume mucha carga de trabajo. Él ya se había negado varias veces a asumirlo, debido a que en esos momentos era coordinador. No obstante, cuando se lo vuelven a ofrecer en 2020, se lo toma como una oportunidad para invertir en su futuro y su familia, al tener todavía más tiempo y no buscar por el momento tener hijos. También menciona que en esos momentos quería ahorrar para dar la entrada de una casa, al haber comenzado su relación con su pareja actual. Por eso, se compromete a estar mínimo 3 años en el puesto. Durante ese tiempo, siente que es una atadura no dejar el puesto antes, debido tanto a la presión por generar impacto positivo, al trabajar por y para solventar las secuelas de la gestión anterior además de sembrar objetivos nuevos, como por el tema económico. En concreto, para esto último, en un momento dado tuvo que pedir un préstamo a su familia para dar la entrada de la casa, por lo que se ha sentido siempre en la obligación de devolvérselo cuánto antes.

Asimismo, la situación laboral ha sido complicada tras la herencia del puesto. Para F. ha resultado complicado desprenderse en muchos momentos de su rol de director, tanto por la sobrecarga y exigencias que se imponía él mismo como el resto del equipo docente y de dirección. Menciona también haberse sentido desvalorizado por sus compañeros y maltratado por su jefa. Compara su relación con la de una pareja tóxica, ya que ha sido una persona que se ha preocupado

por él, -fue la persona que le recomendó acudir a terapia-, pero no ha sabido en muchos momentos respetarle, en sus palabras: *“Es muy ambigua. Sobre todo, si yo estoy ocupado no entiendo que me enfade porque no la puedo atender, pero cuando ella está ocupada, sí que es comprensible”*. Ha normalizado ciertos comportamientos irrespetuosos hacia él, en los que se activaba el enfado, pero no se permitía su expresión por un estado de indefensión aprendida durante este tiempo.

Por otra parte, el nacimiento de su hijo también supuso un gran cambio y momento de crisis con su pareja. En concreto, F. tuvo que adaptarse a ir y venir para estar con ella y con su hijo en Valencia, al tiempo que debía acudir presencialmente a su trabajo en Madrid, ya que tanto el parto como los 6 meses posteriores los pasaron allí, en la casa de sus suegros. Ambos vivieron un momento de gran estrés y preocupación en el parto, ya que este se complicó y supuso un gran desgaste físico para la madre y para el bebé, el cual tuvo que estar en observación durante 4 días para recuperarse. Tras volver del hospital, F. refiere haberse sentido incómodo viviendo en casa de sus suegros. Le costó expresarle a su pareja que le agobiada recibir tantas visitas en la casa para conocer y estar con el niño, ya que le impedía pasar tiempo en intimidad con ellos. Así que, F. deseaba que llegase el día de volver a Madrid en el mes de septiembre los tres, y lograr más libertad y tiempo con y para su hijo. En ese momento, se enteraron de que habían conseguido una plaza en la guardería pública para él niño. Decidieron aceptarla, pero F. sintió gran frustración y desesperanza en ese momento, ante la ruptura de expectativas sobre lo que iba a ser el comienzo de su paternidad tras unos primeros meses de gran distancia en el cuidado y atención a su hijo.

F. recuerda su infancia como un periodo feliz, gracias a la compañía de su familia materna y a pesar de la ausencia de un padre. Mantuvo una relación muy estrecha y especial con su abuela, ya que su abuelo falleció a los pocos años. Sin embargo, la relación con su madre fue más formal y estuvo marcada por la sobreprotección y la falta de autonomía, sobre todo debido a que: *“No me dejaba colaborar en tareas domésticas. Hasta que no me fui de casa un verano con 18 años, no puse mi primera lavadora”*. Además, su madre trabajaba en un departamento de informática y tenía un horario laboral muy extenso, lo que él refiere como una ausencia importante de la figura materna, en su infancia y adolescencia. Le hubiese gustado haber tenido hermanos y haber conocido a su familia paterna, por lo que ahora desea tener tres hijos: *“Para que se sientan acompañados y se diviertan entre ellos”*. Asimismo, algo que le ha dado pena de ser padre, es que su hijo no tenga referentes y vivencias con su familia paterna. A pesar de ello, menciona que se siente capaz y con ganas de seguir aprendiendo y aportando en su paternidad. Le gustaría estar

más presente en la infancia y crianza de su hijo, pero también transmitirle el valor del trabajo por y para la familia que aprendió de su madre y su abuela.

Durante su etapa escolar, el paciente considera que la ausencia de su padre le afectó un poco y que, junto con otros acontecimientos significativos, como el cambio inesperado de colegio en 5° de primaria; el acoso sufrido por parte de un compañero de clase en el nuevo colegio, así como sentirse solo durante su infancia, han contribuido a su carga emocional personal, que él describe como “*su mochila personal*”. Durante su adolescencia y juventud temprana, sufrió la pérdida de su abuela; su primera ruptura de pareja, que le distanció de su círculo social más cercano; y el comienzo de la universidad, donde tuvo dificultades para entablar relaciones nuevas. Tras este periodo, necesitó encontrar vías para expresar y liberarse de emociones reprimidas e invalidadas, como el enfado y la tristeza por las pérdidas y la soledad que experimentó durante tantos años. Pero en ese tiempo, no recibió el suficiente apoyo y comprensión por parte de su entorno más cercano. Como resultado, recurrió a escribir reflexiones mensuales en un blog anónimo en línea, como medio de desahogo y expresión de sus emociones, especialmente el enfado reprimido hacía su primera pareja. Además, comenzó a consumir alcohol como una forma de evasión durante su tiempo de ocio con amigos. A lo largo de los años, experimentó varios episodios preocupantes relacionados con el abuso del alcohol, incluido uno a los 24 años que acabó en el hospital y le llevó a pensar en buscar ayuda en Alcohólicos Anónimos. Aunque lamenta la forma en que gestionó sus problemas en el pasado, F. ha logrado superarlos por sí mismo. Refiere haber conseguido reducir progresivamente su consumo de alcohol con los años y espera no volver a depender y abusar de él.

Hasta ahora, F. ha mantenido tres relaciones de pareja desde los 16 años. Con la primera experimentó una notable ambivalencia en la expresión de sus deseos y en la negociación de intereses compartidos. Encontró dificultades para encontrar su identidad dentro de la relación y sentirse libre para revelar sus deseos y que fuesen respetados. Además, fue víctima de infidelidad, la cual causó la ruptura. En contraste, su segunda relación inicialmente le ofreció a F. más libertad para manifestar sus deseos, los cuales fueron consistentemente aceptados por ella. Sin embargo, con el tiempo, esta dinámica llevó a que F. experimentara monotonía. Al comenzar su relación actual, el paciente se sintió presionado a compensar el malestar que experimentaba su pareja, por no residir en su ciudad natal, lo que condujo a prestar una excesiva atención a los deseos de ella, en detrimento de los propios.

Desde hace un año, tras considerar tener un bebé y después de convivir varios años, el paciente ha comenzado a experimentar incomodidad y una sensación de desvalorización. Esto se debe a la incapacidad de su pareja para satisfacer sus deseos, lo que ha generado una acumulación de frustración y dificultades para priorizar y dar voz a sus verdaderos intereses, además de no lograr expresar, en su momento, un enfado asertivo cuando su deseo no es respetado.

Del mismo modo, el entorno social de F. se ha ido ampliando con el paso de los años y sobre todo desde la universidad. Le ha gustado siempre compartir tiempo de ocio con amigos, para hacer planes diferentes y, en sus palabras: “*distraerse y abstraerse, sobre todo en épocas malas*”. Refiere que, con el tiempo, la calidad de sus relaciones se ha ido deteriorando al no satisfacer del todo su necesidad de conectar más profundamente con ellas, así como al observar comportamientos de rechazo que no le gustaban. Desde que comenzó a trabajar de profesor y ya en el centro escolar donde está en la actualidad, ha entablado buenas amistades, pero con todos los problemas que han sucedido en la plantilla, sobre todo al llegar él a la dirección, le ha resultado complicado mantener el grupo. Igualmente, al principio de su relación de pareja actual, a ella le preocupaba cómo iba a compaginar F. el volumen social que llevaba durante tantos años. Menciona que es algo que se dio cuenta incluso antes de comenzar con su pareja. Se percató de que: “*lo que podía con 20 no lo puede con 30*”.

Para F., todos estos momentos de dificultad y cambio, son como un viaje lleno de “revoluciones” que le van enseñando a conducir y pelear, por y para, modos más calmados, diversos y equilibrados de vivir. Todo ello, va acompañado de una frase de la canción *Revolution* de The Beatles: “*Todo va a estar bien*”, la cual significa para él, por una parte, lograr encontrar la paz, al relativizar y aceptar la diversidad ante las adversidades de la vida, en vez de buscar ante todo la verdad. Y, por otra parte, llegar darse prioridad y poner límites, sin dejar de tener presente su vocación como profesor y su valor de ayuda a los demás. En concreto, esta última época de su vida ha supuesto para él el comienzo de una nueva revolución en el ámbito laboral y, cómo también se va viendo con el avance del proceso de terapia, en lo personal. Es algo nuclear en su vida, la revolución del respeto.

## 7. Evaluación inicial

Como se ha mencionado anteriormente, la evaluación multifuente se lleva a cabo mediante la recopilación de datos cualitativos a partir de las sesiones de entrevista e intervención en coterapia con el paciente F., así como mediante la observación por el resto del equipo terapéutico. Además, se incluye información cuantitativa obtenida de los resultados de varias pruebas psicométricas administradas a lo largo del proceso terapéutico.

En primer lugar, se realiza un contraste entre la información obtenida de la evaluación cuantitativa de la línea base y la información observacional de las interacciones entre las terapeutas y F., durante las primeras 6 sesiones de terapia.

Así pues, en el caso que nos ocupa, los resultados de las pruebas psicométricas de la línea base revelaron, por un lado, puntuaciones dentro del rango clínico en el CORE-OM, indicando un nivel de moderado a severo, de malestar general subjetivo, y problemas o síntomas físicos asociados con ansiedad, depresión o trauma, así como, en un nivel moderado, en la dimensión de funcionamiento general. Por otro lado, se obtuvieron puntuaciones por encima del nivel medio de intensidad en el SA-45 para síntomas relacionados con rasgos obsesivo-compulsivos, y puntuaciones en torno a la media para la ansiedad. Asimismo, en el IIP-32 se destacó una puntuación significativamente alta (14) en la dimensión autosacrificado, en comparación con la media y una puntuación media (8) en la dimensión de no-autoafirmativo.

Por tanto, los resultados obtenidos concuerdan en gran medida con lo observado en las primeras sesiones con F., entonces ya se identificó un nivel moderado de malestar, manifestado por el paciente en forma de quejas relacionadas con sintomatología ansiosa, tales como nerviosismo y agobio. Además, su lenguaje no verbal denotaba durante las sesiones mucha tensión contenida, al mostrar un tono de voz muy dulcificado y acompañado siempre de una sonrisa tensa en su rostro. Inicialmente, el estado de ansiedad se reflejaba en él tanto en problemas para dormir y en la necesidad de morderse las uñas, como en síntomas físicos tales como: tensión y dolor muscular en pecho y garganta con tos. Además, durante las sesiones, F. experimentaba sintomatología como, por ejemplo, interrupciones en determinados momentos de su discurso, debido a ataques de tos. A su vez, le acompañaban sensaciones de fatiga y desesperanza derivadas del conflicto entre la necesidad de desconectar del trabajo, y atender a las demandas continuadas de su jefa y del resto del equipo, incluso durante su baja por paternidad. Por consiguiente, F.

manifestaba sentirse abrumado ante sus esfuerzos por aguantar e intentar cumplir con sus tareas y las expectativas del puesto, debido a la inestabilidad del entorno laboral y la desconfianza con su jefa. Además, refería sentir cierta culpa, al respaldar decisiones institucionales que contradecían sus valores de honestidad y su deseo por generar un impacto positivo en el colegio. Estas tensiones laborales le impedían dedicar tiempo suficiente al descanso y a otras áreas vitales significativas para él, como sus relaciones familiares y sociales.

Un aspecto destacable en la dinámica de F. ha sido su insistente necesidad de ejercer control sobre su narrativa y justificar su angustia para ser entendido, manifestando respuestas ordenadas y elaboradas. De ello se infiere la presencia de un patrón de pensamiento altamente analítico, racional y obsesivo, especialmente relacionado con su entorno laboral. Esta tendencia parece actuar durante las sesiones terapéuticas como una forma de aliviar su desazón, pero también como auto-interrupción que obstaculiza la exploración de sus estados emocionales y corporales internos, así como la profundización en otros aspectos vitales actuales y de su historia de vida, que también parece que están generando sufrimiento. A menudo, esta auto-interrupción se ha manifestado a través de síntomas físicos, como picor en la garganta, tensión facial o mediante una narrativa extensa y racional centrada en su trabajo, la cual monopoliza el tiempo disponible y dificulta la exploración de otras áreas importantes de su experiencia.

En consecuencia, en estas primeras sesiones se ha visto limitado el progreso terapéutico que buscaba una comprensión profunda de su persona, incluyendo la conexión del cuerpo y la expresión emocional, debido a la necesidad detectada en F. de expresar y calmar su malestar derivado de su situación laboral. De esta forma, ha sido necesario hacer sentir a F., y se ha logrado, que el espacio terapéutico sea un lugar seguro y libre de juicios, donde es posible ser agente de su proceso, acompañado del equipo terapéutico.

A nivel relacional, se ha detectado en F. un fuerte valor por la ayuda y la empatía hacia los demás, el cual le impulsa, sobre todo en momentos de adversidad, a comprometerse y permanecer hasta resolver los conflictos colectivos o de otras personas. En consecuencia, en determinados contextos, como el laboral y el social, se detecta que existe en F. una falta de diferenciación, caracterizada por una tendencia a la confluencia con los demás, que le lleva a priorizar su disposición para ayudar a los otros, sobre el establecimiento de límites protectores que le permitirían atender y satisfacer sus verdaderas necesidades y deseos para alcanzar su bienestar individual. Este mecanismo de confluencia con los demás, podría estar dificultando la conexión y

expresión del enfado asertivo, debido a un posible miedo y/o ansiedad ante un conflicto o a no cumplir con las expectativas. Durante las sesiones ha llamado la atención su actitud constantemente sonriente y una disposición positiva para interactuar con el equipo terapéutico, saludando y despidiéndose de todos en cada sesión. Además, se viene apreciando una necesidad de desenvolverse bien y complacer a las terapeutas, lo cual se relaciona con las dimensiones de autosacrificado y no-autoafirmativo en sus relaciones interpersonales.

A partir de estas observaciones iniciales, se consideró apropiado administrar una batería psicométrica específica para profundizar en los procesos internos de F. y detectar posibles dificultades intrapersonales e interpersonales, para de esta forma, adecuar el proceso terapéutico. Los resultados de estas pruebas se detallan en la Tabla 2.

**Tabla 2.**

*Resultados de la batería psicométrica a los 3 meses.*

<b>Test</b>	<b>Resultados</b>
STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo	Ansiedad Estado – Baja Ansiedad Rasgo - Alta
Escala de Conexión Corporal (SBC)	Conciencia Corporal – 34 (Moderada) Disociación Corporal - 4 (Baja)
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)	Satisfacción con la vida – 22/25 (Alta)
Cuestionario de Apego Adulto (CaMIR-R)	Seguridad – 59 Apego seguro Preocupación familiar – 40 (medio) Interferencia de los padres – 58 (alto) Valor de la autoridad de los padres – 52 (alto) Permisividad parental – 57 (alta) Autosuficiencia y rencor contra los padres – 48 (medio) Traumatismo infantil – 39 (baja)
Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS)	Organización – 10/18 (medio-alto) Expectativas de logro – 16/27 (alto)

	Miedo a errores – 9/33 (bajo)
	Influencias Parentales – 2/27 (bajo)
Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	Agotamiento Emocional – 36/45 (Alto)
	Realización Personal – 28/40 (medio-alto)
	Despersonalización – 14/25 (bajo-medio)

En el análisis cuantitativo de las pruebas psicométricas, se consideraron no solo las puntuaciones totales, sino también las puntuaciones en las diferentes dimensiones y el análisis individual de los ítems respondidos, además de tener en cuenta factores contextuales como el momento de cumplimentación de los cuestionarios. El objetivo fue realizar un análisis exhaustivo de los resultados relevantes para la intervención con F., así como detectar posibles sesgos de respuesta, como la deseabilidad social o la influencia de sus propias creencias y subjetividad, dado que las pruebas fueron autorregistros completados por F. fuera de la sesión.

Por consiguiente, se viene apreciando que F. completó los cuestionarios en un momento de mayor tranquilidad y claridad vital, tras regresar de las vacaciones de navidad y haber solicitado voluntariamente el alta médica. Esto se reflejó en el alto nivel de satisfacción vital y el bajo nivel de Ansiedad Estado, como se mostró en F. al mencionar: *“Si hubiese hecho los test durante las navidades hubieran sido diferente, ya que estaba más nervioso que ahora que he empezado a trabajar”*. No obstante, resultó interesante observar un alto nivel de Ansiedad Rasgo, destacando ítems como: *“A menudo cuando pienso sobre preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado”*; *“A menudo me afectan tanto los desencuentros que no puedo olvidarlos”*, o *“A veces me siento seguro”*. Además, ha sido coherente encontrar, por lo contrastado con la intervención clínica, que en el MBI no se muestra un nivel significativamente alto de *burnout*. Destaca, en comparación con el resto de las dimensiones, un nivel alto de “Agotamiento emocional”.

Por tanto, estos resultados vienen a corroborar lo observado durante las sesiones y lo expresado por F. acerca del agobio que experimenta en su actual entorno laboral, caracterizado por gran incertidumbre. Esta situación agrava su necesidad de involucrarse en resolver problemas y cumplir con las expectativas profesionales, lo que ha llevado a un alto agotamiento emocional y físico, y un estado de preocupación constante, en sus palabras: *“Me llevaba trabajo a casa y el poco tiempo que tenía lo dedicaba al niño, pero aun así me era difícil desconectar en esos ratos”*.

Sin embargo, ha sido satisfactorio encontrar que su fuerte vocación por la enseñanza y su valor por ayudar a los demás parece persistir en su entorno profesional, contribuyendo aún a su sentido de realización personal y satisfacción con la vida. Aun así, se observa en este momento que F. expresa preocupación y desagrado por haber descuidado otras áreas vitales importantes para él, lo cual justifica por su situación laboral: *“Al trabajar ambos en el mismo cole me cansa y me abruma terminar hablando todo el rato de eso con mi pareja”* o *“He tenido muchas discusiones con mi pareja por tener que trabajar en ratos o días libres”*.

Por otra parte, la situación laboral de F. contrasta con ciertos rasgos de perfeccionismo observados en el MPS, caracterizados por una marcada orientación hacia la organización en tareas y expectativas de logro. Asimismo, se evidencia un grado de preocupación por cometer errores. Con respecto a la dimensión de expectativas de logro, destacan ítems como el 6: *“Es importante para mí ser competente en todo lo que hago”*; el 19: *“Me propongo metas extremadamente altas”*, y el 30: *“Espero un rendimiento mayor en mis tareas diarias que la mayoría de las personas”*.

En relación con el miedo a cometer errores, sobresalen ítems que reflejan esta inquietud, como el 14: *“Si me equivoco parcialmente, es tan malo como si me hubiera equivocado totalmente”*; el 17: *“Aun cuando hago las cosas cuidadosamente, casi siempre siento que no lo hice bien”*, y el 32: *“Me toma mucho tiempo hacer algo bien”*. Los resultados reflejan en F. la presión actual que experimenta por desempeñarse bien y cumplir las expectativas esperadas en su rol profesional y como padre. Además, según lo indicado en los resultados del CaMIR-R y lo expresado por F. en las sesiones, estas exigencias parecen estar influenciadas por su figura materna, quien durante su infancia y adolescencia tendió a sobreprotegerlo y no contribuyó a promover su autonomía en la ejecución de tareas; además de que parece que no sirvió como figura de contención emocional, a diferencia de su abuela. Este patrón parece haber generado en F. una sensación de enfado reprimido hacia su madre ante su distanciamiento emocional, así como de incompetencia e insuficiencia hacia sí mismo, que parece intentar compensar esforzándose por demostrar su valía ante las expectativas de los demás para evitar un posible abandono.

Además, se observa en F. una tendencia a involucrarse en la resolución de problemas ajenos, al empatizar con la posible falta de experiencia y/o necesidad de ayuda de los demás, en línea con el principio de tratar a los demás como le gustaría ser tratado, lo cual inevitablemente quita tiempo y energía al sostener tanta carga propia y ajena.

Los datos del CaMIR-R revelan también la presencia de límites parentales difusos durante la historia de vida de F., como se evidencia en estar de acuerdo en el ítem 22: "*Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer lo que quiera*"; y en desacuerdo con el ítem 15: "*Cuando era niño, tenían una actitud de dejarme hacer*", lo cual contrasta con el resultado de apego seguro y de alto sentido de la autoridad parental. Por ende, esta información parece generar en el paciente F. cierta ambivalencia con respecto a su lugar en las relaciones interpersonales y su sentido de autonomía y madurez. Por ello, antepone la validación de una figura de autoridad para justificar su motivación al cambio, lo cual le lleva a un estado de dependencia e inmadurez que inevitablemente le hace procrastinar y acumular diversas tensiones, hasta que no se pueden tolerar más. Es entonces cuando decide tomar una nueva decisión que busca reparar el daño anterior causado. Por tanto, inevitablemente, esta manera de actuar dificulta la continuidad de los procesos y la apropiación y construcción de su identidad como adulto independiente, responsable y agente de su propio de cambio en la actualidad.

Finalmente, la ausencia de disociación en F. y el nivel moderado de conciencia corporal son coherentes con las observaciones anteriores. No obstante, se identifica en él una carencia en el procesamiento e integración consciente de las emociones y el cuerpo. Esto se atribuye a una dificultad subyacente para prestar atención, identificar y expresar emociones, como el enfado asertivo y la tristeza, debido a que es algo a lo que no ha tenido acceso en su vida. Su tendencia a interrumpir o a controlar las emociones, a partir de la racionalización, lleva a una falta de espontaneidad e inhibición de su proceso interno. Por ello, todo el trabajo de conciencia corporal con F., siempre que no se active la vergüenza, se considera relevante y reparador para su proceso.

## **8. Formulación de caso**

Se ha observado en F. una falta de acceso, apropiación y continuidad en el relato de sus experiencias vitales durante las sesiones, así como un déficit en la construcción del procesamiento de emociones como la tristeza y, en especial, el enfado asertivo para anteponer y defender su propio deseo y necesidades en sus relaciones. Estos fenómenos pueden ser atribuidos a su historia de vida.

Se han identificado varias heridas interpersonales emocionales en F. relativas a un fallo en la satisfacción de las necesidades existenciales de comprensión y validación con sus vínculos principales durante el desarrollo y en la vida adulta. F. nace en una familia monoparental debido al abandono de su padre antes de nacer, pero con la presencia de su madre y su abuela como

cuidadoras principales. Durante su infancia, emerge una sensación de confusión con sus figuras de cuidado y su estructura e historia familiar, ante la ausencia y carencia de un relato por parte de su madre con el que comprender e integrar el conflicto y la ruptura con su padre. Su abuela le demostró seguridad y conexión, al ser como una madre para él. Su madre, debido a su trabajo, estuvo más ausente en su crianza y no prestó tanta atención a la contención emocional de F.. Por contra, demostró sobreprotección y consentimiento que, con el tiempo, impidió el desarrollo de su individuación y autonomía en aspectos como: el aprendizaje de tareas domésticas o la atención y reflejo de su propia experiencia emocional corporalmente sentida. Además, ambas figuras de cuidado le transmitieron a F. una forma de interactuar con los demás y consigo mismo a partir del sometimiento de la autoridad, esperando de esta manera el consentimiento del otro para poder darse permiso, tomar la iniciativa y confiar la expresión y satisfacción de sus necesidades ante los demás por un posible miedo a traicionar ante un fallo en la validación y comprensión del otro.

Así pues, parece que a F. le ha resultado difícil regular la ansiedad y la frustración que genera una situación tan desafiante y excitante como es: el miedo a ser rechazado por otro y ser abandonado ante un conflicto. De esta forma, evita la escalada de un posible conflicto con otra persona, interrumpiendo la expresión y satisfacción de sus necesidades actuando de una forma sumisa.

Asimismo, F. se educó principalmente con referentes adultos femeninos que le enseñaron a dar valor al trabajo, así como a cumplir los mandamientos de la religión católica, tales como: “saber perdonar y demostrar un trato de ayuda y de amor al prójimo como a uno mismo”. De esta forma, F. trató de proteger y cuidar a su familia, evitando compartir cualquier vivencia que pudiese contradecir tales mandatos religiosos y suponer una posible ruptura del vínculo con ella; lo cual le hizo tener que rechazar su expresión emocional ante la falta de conexión y de valía. También, la ausencia de hermanos u otros referentes familiares de cercana edad con los que satisfacer estas necesidades reafirmó esta herida de abandono y de valía.

Con 10 años un cambio inesperado de colegio, impuesto por su madre, le separó de sus primeras amistades. Además, este cambio supuso que F. fuera víctima de acoso escolar, lo que le generó inseguridad y vergüenza, ante las repetidas humillaciones que le impidieron pedir ayuda y esperar protección. De esta forma, la situación de indefensión ante el sometimiento de su acosador principal, le provocaron con el tiempo estados secundarios de impotencia y culpa. Todo ello finalmente le llevó a defenderse a partir de la agresión física. Esta reacción supuso un punto de

inflexión para F., ya que generó autocrítica y culpabilidad, al no haber sido suficiente usar la palabra para defenderse y solucionar el conflicto, y por tanto conducirse en contra de sus valores y mandatos religiosos, al haber usado la agresión como forma de hacerse respetar ante un otro.

Por tanto, F. creció con un modelo de estar en el mundo en el que los límites eran muy difusos entre el yo y el tú, no teniendo modelos que le enseñasen a construir adecuadamente su individuación y hacer evaluaciones más fuertes y diferenciadas de una experiencia de conflicto con otra persona, la cual se percibe como muy desafiante. De esta forma, a F. le ha resultado difícil autoafirmarse y reconocer la necesidad que conlleva expresar el enfado asertivo ante los demás, ante la posible falta de arraigo corporal de su experiencia, planteándose como causa posible su experiencia de sobreprotección en la infancia. Por consiguiente, ante los desacuerdos y tensiones en sus relaciones, no logra encontrar un punto intermedio para responder entre confrontar a partir de la agresión, y siente esto como una posible traición y ruptura total del vínculo, y también a ser sometido.

Durante su adolescencia y juventud temprana, surgieron otras experiencias de conflicto y de humillación con amigos y exparejas, así como la pérdida de su abuela, en las que se activaron los esquemas de memoria emocional asociados a su dolor nuclear. De esta forma, automatizó en exceso tener que reprimir su experiencia emocional, por no haber expresado el enfado asertivo adaptativo ante las humillaciones debido a su inseguridad; así como por no lograr autorregular y elaborar su tristeza ante las pérdidas relacionales. Sin embargo, la impotencia de sentirse solo e indefenso, no siendo capaz de actuar con espontaneidad y en congruencia con sus estados emocionales y necesidades se fue inhibiendo, al llevar a cabo procesos para autotratarse y compensar el contacto con su dolor nuclear y con una posible voz autocrítica, los cuales se recogen en la Figura 1.

En este caso, durante su juventud, llevó a cabo procesos para interrumpir su experiencia emocional dolorosa a partir de la ingesta abusiva de alcohol o la adicción a un juego de móvil. Estos procesos posteriormente también le activaron estados emocionales secundarios de culpa e impotencia, por haber recurrido a esta manera de gestionar sus problemas, y que llegó a generarle mucha falta de control. No obstante, durante esa época también F. optó por expresar su malestar general mediante la escritura de reflexiones en un blog anónimo online. Esto le permitió desahogarse y regularse en soledad de una forma más adaptativa.

Por otro lado, surgió otra manera de autotratarse y compensar su herida nuclear de abandono y de valía, que consistió en volcarse en el cuidado de sus relaciones de amistad y de pareja, al igual que había hecho con su familia, mostrando una actitud muy complaciente y sumisa. Se responsabilizó en exceso de cumplir con las expectativas del resto, además de con los valores y mandatos religiosos de su infancia, y de esta manera, merecer cariño y respeto además de calmar una posible voz autocrítica. Sin embargo, esta actitud terminó atrapando y desprotegiendo aún más a F., en contextos en los que llegaba a existir gran confusión e inseguridad en las relaciones, como ha ocurrido en su actual entorno de trabajo como director. En concreto, su vocación por la enseñanza y de generar un impacto positivo en la institución como director, le ha permitido mantener un sentido vital y una expectativa que cumplir. Al mismo tiempo parece haber funcionado en él como una vía de escape, ya que le ha permitido minimizar el malestar general de ansiedad, agotamiento y desesperanza que ha supuesto un entorno que ha generado tantas pérdidas y decepciones, y el cual ha sido incapaz de dejar por sí mismo; al igual que le ha ocurrido en otros contextos de su historia de vida.

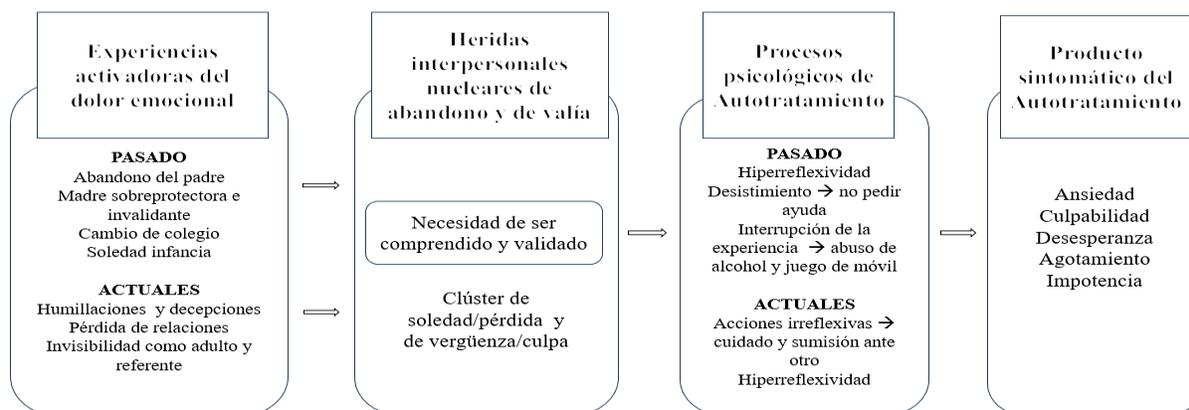
Igualmente, en su papel actual como padre de familia, muestra inseguridad ante una experiencia de falta de visibilidad como referente paterno y adulto, la cual también le supone mucha presión por demostrar su valía y no decepcionar a su pareja y a su propio hijo. Todo ello, también le impide anteponer la expresión de sus necesidades con libertad, al haber automatizado en exceso la represión ante el sometimiento del otro por el miedo al abandono.

Inevitablemente, esta dinámica en sus relaciones genera agotamiento y frustración, ante la falta de arraigo, congruencia y libertad para tomar conciencia y expresar sus emociones durante tanto tiempo. Por consiguiente, F. experimenta en la actualidad sintomatología ansiosa, tensión muscular y fuerte racionalización, lo cual refleja por medio de la acumulación y la automatización de los mecanismos que le han llevado a interrumpir el contacto y elaboración de sus emociones durante su historia de vida, como una forma de supervivencia. Esto ha supuesto en F. una forma de vivir basada en la normalización de su malestar emocional a partir de la interiorización del mensaje: *“tengo que tragar y aguantar en soledad para poder sobrevivir”* que le sirve como forma de compensar su indefensión para dar esperanza. Sin embargo, la sumisión a la autoridad para esperar validación en la toma de decisiones propia, que le permite reparar el daño anteriormente causado, y que F. identifica como “revoluciones” en su vida, dificulta a su vez, su individuación. Se pone de manifiesto una falta de apropiación y continuidad completa de sus experiencias vitales,

al existir una falta de arraigo y de consciencia emocional debido a la falta de costumbre o por no haber tenido la oportunidad de darse el permiso para expresar y cuidar sus emociones y necesidades en la intimidad.

### Figura 1.

*Esquema de formulación de caso de F.*



*Nota.* Adaptado de Caro (2018).

## 9. Tratamiento y curso

Los objetivos principales de la intervención con F. han sido facilitar un mayor reconocimiento, procesamiento e integración de sus experiencias vitales y los estados emocionales asociados tales como el miedo a expresar el enfado y la tristeza. Además, se buscó flexibilizar su funcionamiento cognitivo, altamente racional, para reducir su malestar. Este trabajo ha sido fundamental para que F. logre una mayor diferenciación en sus relaciones y desarrolle una respuesta más adaptativa para proteger sus necesidades, priorizar sus deseos y ser respetado.

Desde el inicio del proceso terapéutico, el objetivo clave ha sido generar una alianza terapéutica que involucrara a F. como agente activo de su proceso y estableciera las bases para el futuro trabajo en terapia. En las primeras sesiones, se observó que F. necesitaba sentirse arropado por las terapeutas y preservar su sensación de control y dignidad mediante su relato. Se tuvo en cuenta la desconfianza que había experimentado en su primer contacto con la terapia y las expectativas que podían surgir durante el proceso actual. Por todo ello, este objetivo fue primordial durante todo el proceso.

Asimismo, una dificultad añadida fue la construcción de una alianza con dos terapeutas y la presencia oculta del equipo terapéutico de observación durante las sesiones. Esta situación puede generar inseguridad y falta de intimidad en muchos pacientes; sin embargo, F. se mostró muy proactivo a tener en cuenta a todo el equipo durante las sesiones. Esto permitió la participación de todos los miembros como yo-auxiliares en dinámicas de corte psicodramático para trabajar los objetivos propuestos.

La primera fase del tratamiento, comprendida entre las sesiones 1 y 6, se centró en la construcción del vínculo terapéutico. Se buscó que el paciente F. aprendiera a estar en una relación terapéutica y en un espacio seguro, donde pudiera compartir gradualmente su experiencia de vida y de esta manera, acercar su funcionamiento. Desde el principio, se implementaron diferentes técnicas de intervención de corte humanista, como modos de respuesta empática y experiencial, presencia terapéutica, ejercicios de respiración y corporales, y entrenamiento en asertividad. La evaluación se realizó paralelamente al proceso de las sesiones. Este proceso fue lento, pero respetuoso con los ritmos del paciente, ya que fue necesario afirmar y validar todo su sufrimiento y la falta de reconocimiento y respeto que sentía, especialmente en el entorno laboral. Con el tiempo, se creó conjuntamente un espacio libre de juicios, donde F. se sintiera digno, respetado y confiado para mostrar su dolor y su rabia, profundizando en su relato de vida.

Igualmente, en esta primera se observó también una falta de espontaneidad y de acceso a la experiencia corporalmente sentida en F., lo que dificultaba su conexión en los ejercicios corporales y de respiración. Su manera habitual de interrumpir su experiencia interna era a través de la sobrecognición. Por ello, fue muy valioso el uso de metáforas como herramienta terapéutica para dar acceso al proceso interno y emocional del paciente, dada su contención emocional. De esta forma, ya al final de esta fase, se comenzaron a implementar dinámicas psicodramáticas con la colaboración del equipo terapéutico, con el objetivo de fomentar la espontaneidad y activación corporal de F. y de este modo, trabajar su asertividad. Con ello se buscaba construir una frontera del yo y el tú más diferenciada y con mayor posibilidad de agencia y libertad para marcar límites asertivos. Precisamente esto es lo que hemos visto en el proceso que está muy dañado, teniendo en cuenta la descripción de experiencias de humillación en las que F. no había podido defenderse. Construir una base de respeto donde el paciente F. pudiera empezar a imaginar que puede “pelear” por él mismo, sin agredir y sin ser humillado, ha sido fundamental.

En la segunda fase del proceso, comprendida entre las sesiones 7 y 14, el trabajo terapéutico se focalizó en profundizar en su relato de vida para integrar significados y elaborar emociones dolorosas, como el duelo ante las pérdidas y la soledad en sus relaciones, además de facilitar su conciencia corporal. Se utilizaron técnicas como el objeto intermediario y la silla vacía, para fomentar su activación y contacto con la experiencia emocional en la gestión de conflictos actuales. Se buscó generar un cambio de perspectiva, viendo el conflicto no como un abandono y ruptura, sino como algo que se puede reparar y construir nuevamente. También se empleó el focusing como herramienta terapéutica para facilitar la conexión con el cuerpo e integrar la sensación sentida de experiencia de duelo y rabia reprimida ante la pérdida de relaciones pasadas.

Asimismo, se integró el uso de la confrontación como una forma de señalar la necesidad y el deseo de F. de no ser “sobrepotejado” en sesión, algo que rechaza desde su experiencia de infancia con sus figuras de cuidado. El paciente F. ha pasado de la sobreprotección, que le impide protegerse, a la humillación que antes también se lo impedía. De esta manera, se trabajó a partir de la paradoja, cuestionando y redefinición de esta idea de lucha por un *self* que busca ser una figura de protección, pero que acaba desprotegido debido a la falta de reclamo de sus derechos y deseos como adulto.

Por otra parte, durante esta fase, también se comenzó un proceso de construcción y fortalecimiento del *self* de F. a partir del vínculo terapéutico. De acuerdo con sus valores y mandatos religiosos, fue muy importante acompañar a F. en la toma de decisiones en el ámbito laboral, lo que supuso diferentes protestas de significado de sus esquemas de valores y creencias. Así, se buscó enriquecer su elaboración de sentido vital y el ajuste de expectativas para llevar a cabo una toma de decisiones con mayor sentido de agencia y diferenciación.

Al finalizar esta segunda fase, se detectó en el paciente un deseo de ir terminando el proceso como una forma de huida hacia la salud, creyendo que podía “aguantar él solo”. A partir de un diálogo sobre la alianza terapéutica, se validó este deseo y se reajustaron y consensuaron objetivos nuevos y expectativas en la terapia. F. dio permiso para avanzar en su proceso, lo que significa pasar a la verdadera “revolución”, y abrir el foco en otras áreas y experiencias vitales que también estaban generando mucho dolor, lo que está permitiendo una mayor elaboración e integración de sus experiencias.

En la tercera y última fase del tratamiento que aquí se expone, comprendida entre las sesiones 15 y 19, se implementó un trabajo intensivo utilizando dramatizaciones con la

participación de todos los miembros del equipo terapéutico como yo-auxiliares, gracias al permiso del paciente para profundizar en su proceso terapéutico. En estas sesiones, se representaron escenas de carácter traumático para F., en las que había sufrido abuso de poder o humillación. Ejemplos de estas situaciones incluyen:

- Poder enfrentarse a situaciones sociales en las que a F. le resultaba difícil poner un límite ante otra persona, sometiéndose y no defendiendo su espacio hasta que la otra persona no le agrede físicamente.
- La falta de costumbre de escuchar su propio deseo y darse un lugar para sí mismo, en lugar de para los demás.
- Enterarse de la infidelidad de su primera novia y no poder expresarle cómo le hizo sentir.
- Un incidente en el que un amigo suyo incendió en su portal una mochila con una consola que F. le había prestado, tras enfadarse por no haber hablado con él después de haber cortados con su pareja, sin que F. lograra enfrentarse a él.

Estas dramatizaciones abordaron las dificultades del paciente para actuar en función de sus propios deseos y necesidades sin considerar excesivamente las de los demás, lo cual limitaba su capacidad para decidir, pedir y actuar libremente. Además, este patrón le impedía confrontar a las personas que le habían humillado y pedir explicaciones por sus actos, habiendo automatizado el miedo a la acción y la expresión de sus necesidades ante los conflictos.

A través de la intercalación de diversas técnicas dentro de las dramatizaciones (cambio de roles, doble y soliloquio), se buscó fomentar el sentido de espontaneidad y fortalecer el *self* de F.. Se trabajó en el reprocesamiento y la reexperimentación de su opresión en situaciones de humillación y de conflicto, en las que había asociado y automatizado una sensación de impotencia e indefensión, manifestada como tensión y presión muscular en la garganta y en el pecho. Estas sensaciones físicas reflejaban su dificultad para expresar libremente sus necesidades debido a la inseguridad y desconfianza en sí mismo para defenderse ante otros. Durante este proceso, se acompañó a F. en la inmersión en estos asuntos no resueltos, enfrentándose nuevamente a las situaciones de conflicto a partir de la dramatización de las escenas, y que, de esta manera, tuviera la oportunidad de expresar sus necesidades no satisfechas. El objetivo fue fomentar en el paciente un mayor sentido de agencia y diferenciación en el momento de enfrentarse a conflictos

interpersonales y que esto invitase a su actuación a futuro, en otras situaciones de su día a día. A medio y largo plazo, se espera que F. alcance una mayor satisfacción y convicción para autoafirmarse y empoderarse, transmitiendo sus acciones de manera congruente con su verdadero deseo y necesidad, tanto verbalmente como corporalmente, para protegerse y respetarse eficazmente.

Los objetivos y técnicas terapéuticas aplicadas en cada una de las fases del proceso de terapia de F. se recogen en la Tabla 3.

**Tabla 3.**

*Fases, objetivos y técnicas de intervención.*

<b>Fases</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>
Primera (1-6 sesiones)	Construcción de una alianza terapéutica óptima	Modos de respuesta empática y experiencial
	Comprender su funcionamiento y malestar	Presencia terapéutica
Segunda (7-14 sesiones)	Facilitar acceso a su proceso interno y emocional	Metáforas
	Fomentar la espontaneidad	Ejercicios de respiración y corporales
	Mejorar asertividad y puesta de límites protectores en relaciones	Entrenamiento en asertividad
Segunda (7-14 sesiones)	Integrar significados y elaborar procesos emocionales dolorosos	Objeto intermediario
	Reparar conflictos interpersonales	Silla vacía
Segunda (7-14 sesiones)	Aumentar consciencia corporal y emocional	Focusing
		Metáforas

	Fomentar el cuestionamiento y la redefinición de valores y pautas relacionales	Vínculo terapéutico Confrontación Paradoja Elaboración de sentido
	Solucionar dificultades en el acuerdo de metas	Diálogo sobre la alianza
Tercera (15-19 sesiones)	Potenciar sentido de agencia y diferenciación Fomentar la espontaneidad y la acción Reexperimentación de la opresión y represión de la ira y la tristeza Reprocesar e integrar corporal y emocionalmente asuntos no resueltos Aumentar activación y diferenciación emocional Expresión de necesidades no satisfechas Fortalecimiento del <i>self</i>	Presencia terapéutica Técnicas psicodramáticas (Cambio de roles, Doble y Soliloquio)

## 10. Resultados

La evaluación y análisis de los resultados de la intervención se realiza a partir de los datos obtenidos a los 3 meses y a los 7 meses, al finalizar el estudio de caso. En concreto, se expone la información mediante el contraste entre la evaluación cuantitativa y cualitativa recogida del paciente.

En primer lugar, con respecto a la evaluación cuantitativa de resultados a los 3 meses de la intervención, ésta se ha llevado a cabo siguiendo el protocolo estándar de evaluación del centro clínico donde se realizó la intervención. En concreto, se repitió la batería psicométrica que se aplicó en la línea base y se compararon los resultados para determinar el progreso y el cambio

clínico significativo del paciente F.. Es importante señalar que la batería psicométrica fue corregida por un psicólogo externo al equipo terapéutico, quien nos facilitó únicamente los resultados brutos, permitiendo extraer conclusiones significativas únicamente del cuestionario CORE-OM.

La comparativa de los resultados de las puntuaciones pre y post, en las dimensiones de las pruebas CORE-OM, SA-45 e IIP-32 se muestran en la Tabla 4. Se incluyen los resultados de todas las dimensiones del CORE-OM (naranja), SA-45 (azul) y el IIP-32 (verde), lo que permite visualizar el progreso del paciente a lo largo del tratamiento.

**Tabla 4.**

*Resultados cuantitativos a los 3 meses del tratamiento.*

<b>Dimensiones</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
<i>Malestar/Bienestar subjetivo</i>	28	3
<i>Problemas/Síntomas</i>	27	3
<i>Funcionamiento General</i>	20	6
<i>Riesgo</i>	2	0
<i>Total-CORE-OM</i>	20	4
<i>Total, menos riesgo</i>	24	4
<i>Hostilidad</i>	2	1
<i>Somatización</i>	0	0
<i>Depresión</i>	5	3
<i>Obsesivo-Compulsivo</i>	11	4
<i>Ansiedad</i>	9	0
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	5	4
<i>Ansiedad fóbica</i>	4	0
<i>Ideación paranoide</i>	4	3
<i>Psicoticismo</i>	2	1
<i>TOTAL-SA-45</i>	44	16
<i>Socialmente inhibido</i>	7	3
<i>Distante/frío emocionalmente</i>	0	0
<i>No asertivo</i>	5	3
<i>Auto centrado</i>	0	0

<i>Dominante/Controlador</i>	2	1
<i>Demasiado abierto</i>	3	2
<i>Autosacrificado</i>	14	7
<i>No auto afirmativo</i>	8	5
<i>TOTAL- IIP-32</i>	39	21

En cuanto a los resultados del CORE-OM, estos muestran una mejora clínicamente significativa en todas las dimensiones evaluadas, pasando de rangos de puntuaciones clínicas a no clínicas según el baremo para la población masculina (Evans et al., 1998). La disminución más notable se observa en las escalas de malestar subjetivo, problemas/síntomas y riesgo.

Respecto a las pruebas SA-45 e IIP-32, aunque no se pueden obtener conclusiones significativas debido a que solo contamos con los resultados brutos, se comentan las diferencias más destacadas entre las puntuaciones pre y post. En el SA-45, a los 3 meses del tratamiento, se observan cambios significativos en la mayoría de las dimensiones. Destacan: una reducción de 9 puntos en la dimensión de Ansiedad (de 9 a 0) y una disminución de 7 puntos en la dimensión Obsesivo-compulsivo (de 11 a 4). Estos cambios se acompañan de una reducción de 28 puntos en la escala total (de 44 a 16), lo que sugiere una disminución general de la psicopatología de F.

En el IIP-32, es relevante una reducción en las mediciones de Autosacrificado (de 14 a 7) y No autoafirmativo (de 8 a 5). Esta escala, que mide problemas interpersonales, parece reflejar en el paciente un menor nivel de atención a las necesidades de los demás y una mayor defensa de los intereses propios. Estos resultados coinciden con los cambios observados durante la segunda fase del proceso terapéutico, donde F. mostró una mayor conciencia de su implicación en problemas colectivos del entorno laboral que afectaban negativamente a su bienestar. Como expresó F.: "*Hemos tenido algunos problemas con alumnos en el colegio, pero he visto que a pesar de eso no me he involucrado tanto en ayudar*". Por último, es importante señalar que no se ha realizado una evaluación postratamiento completa de esta batería psicométrica específica, ya que el paciente no ha finalizado todavía la terapia en el centro.

En segundo lugar, para contrastar los resultados obtenidos tras 7 meses de tratamiento, se utilizaron los resultados de la batería psicométrica aplicada en la sesión 6 y en la sesión 19. Estos resultados se presentan en la Tabla 5.

**Tabla 5**

*Resultados cuantitativos a los 7 meses del tratamiento.*

<b>Pruebas</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo	Ansiedad Estado – 9 Baja Ansiedad Rasgo – 29 Alta	Ansiedad Estado – 9 Baja Ansiedad Rasgo – 10 Baja
Escala de Conexión Corporal (SBC)	Conciencia Corporal – 34 (Moderada) Disociación Corporal - 4 (Baja)	Conciencia Corporal – 37 (Moderada) Disociación Corporal - 4 (Baja)
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)-	Satisfacción con la vida – 22/25 (Alta)	Satisfacción con la vida – 24/25 (Muy Alta)
Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS)	Organización – 10/18 (medio-alto) Expectativas de logro – 16/27 (alto) Miedo a errores – 9/33 (bajo) Influencias Parentales – 2/27 (bajo)	Organización – 10/18 (medio-alto) Expectativas de logro – 8/27 (alto) Miedo a errores – 6/33 (bajo) Influencias Parentales – 3/27 (bajo)
Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	Agotamiento Emocional – 36/45 (Alto) Realización Personal – 28/45 (Media-alta) Despersonalización – 14/25 (Medio-bajo)	Agotamiento Emocional – 22/45 (Medio) Realización Personal – 39/45 (Alta) Despersonalización – 16/25 (Medio-bajo)

Cabe destacar que en el momento en que F. completó los cuestionarios, se encontraba bajo un notable nivel de estrés y carga de trabajo, debido al periodo final lectivo del curso académico actual. Sin embargo, los resultados obtenidos reflejaron una mejoría y una disminución en la mayoría de las dimensiones y sintomatología evaluadas.

En particular, se observó una importante reducción en la puntuación del STAI de Ansiedad-Rasgo (de 29 a 10) y en la dimensión de Agotamiento Emocional del MBI (de 36 a 22). Además, las puntuaciones en Realización Personal aumentaron significativamente (de 28 a 39), al igual que la Satisfacción con la Vida (de 22 a 24). No obstante, se registró un ligero aumento de 2 puntos en la dimensión de Despersonalización. F. destacó especialmente los ítems 10 (“*Siento que me he hecho más duro con la gente*”) y 11 (“*Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente*”). A su vez, F. expresó durante las últimas sesiones su sorpresa por sentirse emocionalmente más distante de sus compañeros y alumnos, involucrándose y preocupándose menos por querer aportar y manejar asuntos del colegio, en los que él no era el único responsable.

La respuesta observada en las últimas sesiones del tratamiento actúa como un indicador del progreso de F. y de los resultados que se evidencian en la evaluación cuantitativa. Durante esta fase, se trabajaron escenas de situaciones sociales en las que F. encontraba difícil escuchar su propio deseo y priorizarse a sí mismo, en lugar de estar al servicio de los demás. Esto fue particularmente evidente en encuentros con alumnos o personas importantes de su círculo social cercano. Mediante este trabajo, se revelaron en los soliloquios entre el protagonista y los yo-auxiliares las distintas percepciones de cómo F. aparentaba sentirse y encontrarse en las situaciones representadas. Un ejemplo concreto fue el conflicto o petición de ayuda a F. por parte de un alumno que estaba discutiendo con su madre. El paciente F. expresó sentirse invadido e indefenso, sin herramientas para evitar recurrir a la fuerza física. Por un lado, quería retirarse y ocuparse de sus propios asuntos, pero también deseaba establecer un límite de manera adecuada. Al mismo tiempo, sentía la necesidad de ayudar al alumno, ya que percibía a este como alguien solo y atrapado, buscando apoyo de otra persona. La resolución del ejercicio reveló que la visión de F. sobre el alumno podría estar sesgada por sus propias experiencias de infancia, en las que se sintió desprotegido y abandonado. En la dramatización, el yo-auxiliar que interpretó al alumno, realmente intentaba aprovecharse de F. para que su madre entrara en razón lo antes posible.

Se hipotetiza que esta apertura de visiones pudo haber ayudado a F. a autoafirmar su propio criterio y deseo. Al tener un mayor poder de palabra y decisión para defender su espacio, F. podría mantener su posición como director en el colegio estos últimos meses, a pesar de que esto vaya en contra de los deseos de la otra persona, sin activar sentimientos de culpa ni identificarse con una voz interna que le percibe como un "yo egoísta".

Igualmente, las puntuaciones en el MBI para Realización Personal en su trabajo han aumentado, situándose en un rango elevado. Esto coincide con el sentimiento de satisfacción con su vocación por la enseñanza, que F. ha expresado en las sesiones en repetidas ocasiones “*quiero poder volver a tener más horas de clase*”. A pesar de ocupar actualmente un puesto que le ha restado horas de dedicación docente y que le ha generado gran desgaste debido a sus funciones administrativas y de gestión académica, F. mantiene un fuerte interés en seguir dedicándose a la enseñanza, incluso en este mismo centro.

Asimismo, los resultados del MPS indican una reducción a la mitad en la dimensión “Expectativas de logro” (de 16 a 8) en comparación con los resultados iniciales. El paciente F. indicó estar muy poco de acuerdo con ítems como “*Espero un rendimiento mayor en mis tareas diarias que la mayoría de las personas*” y “*Me propongo metas extremadamente altas*”. Estos resultados parecen concordar con su estado de menor presión por cumplir expectativas en su rol como director en los últimos meses. Por otra parte, se observó una disminución de 3 puntos en la dimensión “Miedo a errores”, destacando únicamente el ítem “*Me toma mucho tiempo hacer algo bien*”. En definitiva, se refleja una disminución de la presión que F. se impone a sí mismo para lograr un buen desempeño en sus tareas.

En definitiva, los resultados obtenidos son congruentes con la evolución observada en el paciente hacia una mayor salud y agencia en su proceso de cambio. Durante la última fase del tratamiento, F. tomó la decisión de dejar su puesto de director en septiembre de 2024, después de haber cumplido con los tres años de mandato inicialmente comprometidos. Esta decisión fue aprobada por su jefa, quien, en una reunión posterior a la recepción de su carta de renuncia, valoró el esfuerzo y trabajo de F. durante el tiempo a cargo de la dirección. La falta de apoyo y cercanía por parte de su jefa en muchos momentos había afectado significativamente a F., y esta aprobación y reconocimiento aliviaron considerablemente su carga emocional. Se hipotetiza que esta decisión además de la liberación de sentimientos y un mayor sentido de libertad permitieron a F. adoptar una posición más diferenciada y despreocupada en sus relaciones en los últimos meses. A pesar de continuar siendo responsable de decisiones complejas en el colegio, como llevar a cabo despidos, y de seguir siendo miembro del consejo de dirección, la perspectiva de delegar sus funciones en un corto periodo de tiempo parece haber diluido su implicación emocional y cognitiva en asuntos que anteriormente le causaban agitación y nerviosismo.

Además, esta situación ha permitido a F. abrir más espacio vital para el disfrute, dando voz a la expresión de su deseo y permitiendo que este se sostenga, incluso cuando no es compartido por otros, en el contexto familiar, marital y social. En concreto, ha comenzado a hacer más actividades que le apetezcan, como pasear o darse caprichos, como comprar comida que le gusta especialmente a él. Asimismo, F. está logrando marcar límites de manera asertiva, como ha ocurrido al tomar la decisión de renuncia de la dirección o ante eventos con sus familiares, para preservar su necesidad y derecho de decidir con libertad y ser respetado, sin preocuparse tanto por agradar a otras personas o por el impacto que tienen sus decisiones en los demás. No obstante, para F. sigue siendo muy importante el poder que otorga a figuras significativas de su vida, como su madre, su pareja o su propio hijo, al sentirse responsable de sostener un buen papel como pareja, hijo y padre de familia y referente para su hijo. De esta forma, está pudiendo integral lo “trascendental” de su vida, que corresponde a su valor por ayudar y generar un impacto positivo como profesor y padre, y lo personal, al comenzar a priorizar su autocuidado y a su familia.

## 11. Discusión

La intervención terapéutica realizada en este estudio de caso, basada en componentes de enfoques terapéuticos del modelo humanista como el psicodrama, la Terapia Gestalt, el Focusing y la Terapia Focalizada en la Emoción, ha demostrado diversos avances clínicos en el paciente F.. Esta forma de tratamiento integradora revela cambios clínicamente significativos a pesar de no haber realizado un estudio estadístico riguroso que evidencie dichos resultados.

Mediante el método observacional del equipo terapéutico, que atendió a las verbalizaciones del paciente durante las sesiones, se determinaron cambios en F. en cuanto a la reducción de su sintomatología ansiosa, tanto en el plano laboral como personal, lo cual denota una mejoría en su funcionamiento general y bienestar subjetivo. Estos cambios se describen a través de las propias palabras de F.: *“me encuentro mejor, más liberado y con más conciencia y seguridad para tomar acción y marcar límites”* y *“me noto más alegre y mis compañeros de trabajo también me lo han transmitido”*.

Con respecto a los objetivos terapéuticos planteados durante el tratamiento, F. ha logrado dar paso a su verdadera “Revolución del respeto” al comenzar a establecer relaciones desde una posición más diferenciada y con mayor confianza y seguridad para expresar sus necesidades, sin que esto le suponga una situación tan amenazante. F. ha podido adoptar respuestas más adaptativas

para proteger sus necesidades, incorporando un poder de decisión y de palabra más firme, y tendiendo a la acción y al movimiento ante los demás, en lugar del sometimiento. Esto indica un inicio de reparación de sus heridas nucleares de abandono y valía, en camino hacia la reconstrucción de una vinculación más segura.

Asimismo, la construcción de una sólida alianza terapéutica, basada en la presencia terapéutica y una vinculación segura y libre de juicios, ha permitido que F. se sienta digno, respetado y confiado por sus terapeutas y por el resto del equipo terapéutico. Esto ha facilitado que F. acceda a mostrar su dolor y rabia, siendo un motor fundamental para su evolución clínica.

Además, se ha logrado abrir el foco terapéutico para la activación, reprocesamiento e integración de experiencias vitales y los estados emocionales asociados, especialmente aquellas vivencias dolorosas del pasado de F. Esto le ha permitido resolver asuntos no resueltos hasta ahora, expresar necesidades insatisfechas y acceder a una mayor consciencia emocional y corporal de emociones como la tristeza y el enfado reprimidos durante mucho tiempo.

No obstante, se considera que la apertura a la escucha emocional y la consciencia corporal, así como su posible integración para un mejor manejo de sus vivencias, es una línea de trabajo que debe continuar en el proceso terapéutico. Esto permitirá un aumento de su espontaneidad y de su individuación como adulto, y reducirá su tendencia a la racionalización que interrumpe la experiencia emocional y corporal. Se recomienda continuar utilizando herramientas como metáforas, reflejos de proceso centrados en el cuerpo (ej., “vemos que se te eleva la voz”; “hay tensión en tu cara”), así como la enseñanza y ejercicios vivenciales de las emociones y el uso del focusing como tarea para abrir la experiencia emocional y corporalmente sentida de F..

Por otra parte, F. ha demostrado motivación para continuar su proceso de crecimiento personal y sanación, por lo que el futuro trabajo terapéutico debería centrarse en la diferenciación y construcción de una identidad adulta propia, generada más desde sí mismo y no tanto desde las expectativas de su familia.

Es importante señalar que la financiación de la terapia está a cargo del centro educativo donde F. trabaja, lo cual podría representar una limitación para continuar el proceso terapéutico y abordar los objetivos propuestos con mayor profundidad.

Finalmente, se espera que este estudio de caso sirva como ejemplo para abordar el tratamiento desde un modelo humanista integrado desde un contexto de coterapia y con equipo terapéutico, en pacientes con dificultades para diferenciarse, poner límites protectores y mostrar su enfado, así

como aquellos que presentan evitación emocional y desconexión corporal. Para comparar la efectividad de esta intervención integradora, sería necesario contar con una muestra mayor de sujetos y una estructura similar de intervención. Además, sería necesario adaptar la recogida y análisis de datos cuantitativos y cualitativos al finalizar la terapia y durante el seguimiento, así como evaluar otros indicadores de proceso como la alianza terapéutica.

## 12. Referencias

- APA, Div. 32 (2004). Principios y prácticas recomendadas para la prestación de servicios psicosociales humanistas: Una alternativa a las directrices establecidas en la práctica y el tratamiento. *Revista de Psicoterapia*, 15(57), 51-10.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314–319. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A.,; Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego [Short version of CaMir questionnaire (CaMir-R) to assess attachment]. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *The British journal of clinical psychology*, 35(1), 21–35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
- Barraza Macías, A. (2010). El Síndrome de Burnout en directivos escolares. *Avances en Supervisión Educativa*, (13). <https://avances.adide.org/index.php/ase/article/view/452>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos, N. (2011). *STAI, Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (10ª Edición)*. TEA Ediciones.
- Bugental, J. F. T. (1963). Humanistic psychology: A new break-through \*. *American Psychologist*, 18(9), 563–567. <https://doi.org/10.1037/h00486666>
- Caro, C. (31-2 de junio de 2018). *La Formulación de Caso en Terapia Focalizada en la Emoción como Proceso de Evaluación Transdiagnóstica* [Presentación de conferencia]. I Escuela de Primavera de la SEAEP (Sociedad Española para el Avance de la Evaluación Psicológica), Málaga.
- Carrasco, Á., Belloch, A. y Perpiñá, C. (2009). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 35(152). <https://doi.org/10.33776/amc.v35i152.1225>

- Davison, M.L., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., y Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Del C Quezada-Berumen, L., González-Ramírez, M. T., Cebolla, A., Soler, J., y García-Campayo, J. (2014). Body awareness and mindfulness: validation of the Spanish version of the Scale of Body Connection. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(2), 57–67.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49:1,71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13_13)
- Esteras, J., Chorot, P., y Sandín, B. (2018). *El síndrome de burnout en los docentes*. Pirámide.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Mellor-Clark, J., Margison, F., McGrath, G., & Audin, K. (1998). *The CORE Outcome Measure: User's Manual (Version 2.1)*. Leeds: Core System Group.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. <http://hdl.handle.net/2445/32884>
- Freudenberger, H. J. (1974). Introduction and Acknowledgment. *Journal of Social Issues*, 30(1), 1–7. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00689.x>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- García-Iglesias, J.J., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Romero-Martín, M., Ortega-Moreno, M., & Navarro-Abal, Y. (2021). Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: una revisión sistemática. *Revista Española De Salud Pública*, 95. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272021000100189&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100189&lng=es&tlng=es).

- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y Caro, C. (2016). Formulación de un caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45.
- Herranz, T. (2011). El Cambio en Psicoterapia Psicodramática: De la Acción a la Reparación. *Clínica Contemporánea*, 2(1), 57-72. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n1a5>
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). *Alliance in individual psychotherapy*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981) The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99–113. <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Moreno, J. L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México, FCE
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. New York: The Free Press.
- Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 13(9), 945–953. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0537>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework*, 3, 179-256. McGraw-Hill.
- Rojas-Bermúdez, R. (1997). *Teoría y técnica psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.

- Rojí, B. y Saúl, L. A. (2013). *Introducción a los psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores*. Madrid: UNED.
- Salanova, M., Llorens, S., & García-Renedo, M. (2003). ¿Por qué se están quemando los profesores? *Prevención, trabajo y salud*, 28(1), 16-24. [https://www.want.uji.es/wp-content/uploads/2017/03/2003\\_Salanova-Llorens-Garc%C3%ADa-Renedo.pdf](https://www.want.uji.es/wp-content/uploads/2017/03/2003_Salanova-Llorens-Garc%C3%ADa-Renedo.pdf)
- Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., & Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of personality disorders*, 24(4), 499- 515. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.499>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8657>
- Sanz-Ponce R., Morales-Yago F. y González-Bertolín A. (2022). Directores escolares ante el síndrome de burnout: dimensiones, factores de riesgo y sintomatología. *Hacia Promoc. Salud*. 27 (1): 21-37. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.1.3>
- Schwab, R. L., Jackson, S. E., y Schuler, R. S. (1986). Educator burnout: Sources and consequences. *Educational Research Quarterly*, 10(3), 14–30.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI, Inventario Burnout de Maslach: manual*. TEA ediciones.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo alto, CA.
- Tejero González, C. M., Fernández Díaz, M. J., & Carballo Santaolalla, R. (2010). Medición y prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en la dirección escolar. *Revista de educación*. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/76443/00820103007123.pdf?sequence=1>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah, NJ: Erlbaum

Winston, C. N. (2015). Points of convergence and divergence between existential and humanistic psychology: A few observations. *The Humanistic Psychologist*, 43, 40-53. <https://10.1080/08873267.2014.993067>

## 13. Apéndices

## Apéndice A. Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)

**Durante los últimos siete días...**

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USOP/PTSD/OK
1 Me he sentido muy solo y aislado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo mismo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violento físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

**Por favor continúe en la página siguiente**

### Durante los últimos siete días...

	<i>Nunca</i>	<i>Muy pocas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>	
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiado por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperado o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticado por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillado o avergonzado por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

## Apéndice B. Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Davison et al., 1997)

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión.

Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda. Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0 <i>Nada en absoluto</i>	1 <i>Un poco presente</i>	2 <i>Modera- damente</i>	3 <i>Bastante</i>	4 <i>Mucho o ex- tremadamente</i>
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de temor o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

### Apéndice C. Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) (Barkham et al., 1996)

Las personas cuentan que tienen problemas cuando se relacionan con los demás. Por favor lea la lista de afirmaciones que viene a continuación y para cada una de ellas considere si ha sido un problema con respecto a cualquier persona importante en su vida. A continuación, señale con un círculo el grado de alteración que ha supuesto para usted.

*A continuación, se describen cosas que puede encontrar difíciles de hacer con los demás*

#### Es difícil para mí:

		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Bas-</b>	<b>Mu-</b>	
		difícil	difícil	difícil	tante	cho	
		0	1	2	3	4	
<b>1</b>	Decir que "no" a otras personas	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>1</b>
<b>2</b>	Juntarme a grupos de gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>2</b>
<b>3</b>	Guardar en secreto cosas íntimas a otras personas	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>3</b>
<b>4</b>	Decirle a alguien que deje de molestarme	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>4</b>
<b>5</b>	Presentarme a gente desconocida	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>5</b>
<b>6</b>	Plantear cara a cara a los demás los problemas que surgen	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>6</b>
<b>7</b>	Ser firme con alguien	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>7</b>
<b>8</b>	Hacer saber a los demás que estoy enfadado	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>8</b>
<b>9</b>	Relacionarme y alternar con la gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>9</b>
<b>10</b>	Mostrar afecto a la gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>10</b>
<b>11</b>	Llevarme bien con la gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>11</b>
<b>12</b>	Estar firme cuando lo necesito	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>12</b>
<b>13</b>	Sentir cariño o afecto por otra persona	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	<b>13</b>

14	Apoyar a alguien en sus metas en la vida	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	14
15	Sentirme cercano a los demás	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	15
16	Preocuparme de verdad de los problemas de los demás	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	16
17	Poner las necesidades de otro antes que las mías	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	17
18	Sentirme bien por la felicidad de otro	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	18
19	Pedirle a otros que se relacionen y hagan cosas conmigo	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	19
20	Ser firme sin preocuparme de herir	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	20
<b>Hago demasiado las cosas siguientes:</b>							
21	Me abro demasiado a la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	21
22	Soy demasiado agresivo hacia los demás	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	22
23	Trato de contentar demasiado a los demás	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	23
24	Quiero demasiado que se fijen en mí	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	24
25	Trato de controlar demasiado a la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	25
26	Pongo demasiadas veces las necesidades de los demás antes que las mías	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	26
27	Soy demasiado generoso con los demás	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	27
28	Manipulo demasiado a los demás hasta conseguir lo que quiero	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	28
29	Hablo demasiado de cosas personales con la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	29
30	Discuto demasiado con la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	30
31	Dejo demasiado que la gente se aproveche de mí	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	31
32	Me afectan demasiado las desgracias de la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	32

## Apéndice D. INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

### ANSIEDAD-ESTADO

*Instrucciones:* A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor

describa su situación presente.

1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo Mucho 3.
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

## ANSIEDAD-RASGO

*Instrucciones:* A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca	1. A veces

## Apéndice E. ESCALA DE CONEXIÓN CORPORAL (SBC)

Para cada afirmación, marque con un X la casilla que mejor responda a cómo se siente en general. No hay respuestas correctas ni incorrectas, responda con la mayor sinceridad posible. Hay dos preguntas sobre la actividad sexual; por favor, considere toda la actividad sexual, incluida la autoestimulación.. Si no mantiene relaciones sexuales deje estas preguntas en blanco.

	En absoluto o Nunca 0	Un poco 1	Algunas veces 2	La mayoría del tiempo 3	Todo el tiempo 4
1. Si hay una tensión en mi cuerpo, estoy consciente de esa tensión					
2. Me cuesta identificar mis emociones					
3. Noto que no respiro profundamente cuando estoy nervioso(a)					
4. Me doy cuenta de mi respuesta emocional a las caricias					
5. Siento que mi cuerpo se congela, como si estuviera adormecido durante situaciones incómodas					
6. Me doy cuenta cómo mi cuerpo cambia cuando estoy enojado(a)					
7. Siento como si observara mi cuerpo desde afuera					
8. Estoy consciente de la sensación interna durante la actividad sexual					
9. Puedo sentir mi respiración pasar a través de mi cuerpo cuando exhalo profundamente					
10. Me siento separado(a) de mi cuerpo					
11. Me cuesta expresar ciertas emociones					
12. Tomo en cuenta las señales de mi cuerpo para entender cómo me siento					
13. Cuando me siento físicamente incómodo(a), pienso qué puede haber causado esa incomodidad					
14. Escucho la información de mi cuerpo acerca de mi estado emocional					
15. Cuando estoy estresado(a), noto el estrés en mi cuerpo					
16. Me distraigo de los sentimientos de incomodidad física					
17. Cuando estoy tenso(a), presto atención a dónde se concentra la tensión en mi cuerpo					
18. Noto que mi cuerpo se siente diferente después de una experiencia apacible					
19. Me siento separado(a) de mi cuerpo durante la actividad sexual					
20. Me cuesta prestar atención a mis emociones					

## Apéndice F. ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLF)

(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

## Apéndice G. CUESTIONARIO DE APEGO Adulto CaMir-R

Nombre: .....

Fecha de Nacimiento: ..... Fecha de hoy: .....

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

### Los resultados de este cuestionario son confidenciales

Opciones de respuesta:

5.- Muy de acuerdo

2.- En desacuerdo

4.- De acuerdo

1.- Muy en desacuerdo

3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

1	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	1	2	3	4	5
2	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	1	2	3	4	5
3	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	1	2	3	4	5
4	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	1	2	3	4	5
5	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	1	2	3	4	5
6	Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	1	2	3	4	5
7	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	1	2	3	4	5
8	Detesto el sentimiento de depender de los demás	1	2	3	4	5
9	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	1	2	3	4	5
10	Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	1	2	3	4	5
11	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	1	2	3	4	5
12	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	1	2	3	4	5
13	Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	1	2	3	4	5
14	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	1	2	3	4	5
15	Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	1	2	3	4	5
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	1	2	3	4	5

17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	1	2	3	4	5
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	1	2	3	4	5
20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia	1	2	3	4	5
21	Siento confianza en mis seres queridos	1	2	3	4	5
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería	1	2	3	4	5
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	1	2	3	4	5
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a)	1	2	3	4	5
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4	5
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	1	2	3	4	5
28	Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa	1	2	3	4	5
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer	1	2	3	4	5
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	1	2	3	4	5
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	1	2	3	4	5
32	A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

---

## Apéndice H. TEST DE PERFECCIONISMO MPS-F

Por favor, ponga un círculo alrededor del número que mejor corresponda a su grado de acuerdo en cada ítem.

Utilice la clasificación siguiente:

0 = Nunca, 1 = Pocas veces, 2 = La mayoría de veces, 3 = Siempre

1. Mis padres me pusieron metas muy altas para mí	0	1	2	3
2. Para mí es muy importante que todo este organizado	0	1	2	3
3. Cuando era niño me castigaban por no hacer las cosas perfectas.	0	1	2	3
4. Si no cumplo las metas más altas que me he propuesto, probablemente seré una persona inferior	0	1	2	3
5. Mis padres nunca intentaron entender mis errores	0	1	2	3
6. Es importante para mí ser competente en todo lo que hago	0	1	2	3
7. Soy una persona cuidadosa.	0	1	2	3
8. Intento ser una persona ordenada	0	1	2	3
9. Si fallo en el trabajo o escuela, soy un fracaso como persona	0	1	2	3
10. Debería sentirme mal si cometo un error	0	1	2	3
11. Mis padres querían que fuera el mejor en todo	0	1	2	3
12. Me propongo metas más altas que la mayoría de las personas	0	1	2	3
13. Si alguien hace una tarea en la escuela o el trabajo mejor que yo, siento que he fracasado totalmente en esa tarea	0	1	2	3
14. Si me equivoco parcialmente, es tan malo como si me hubiera equivocado totalmente	0	1	2	3
15. En mi familia solo aceptan un rendimiento sobresaliente.	0	1	2	3
16. Soy muy bueno en enfocar mis esfuerzos para lograr una meta	0	1	2	3
17. Aun cuando hago las cosas cuidadosamente, casi siempre siento que no lo hice bien	0	1	2	3
18. Odio no llegar a ser el mejor en todo lo que hago	0	1	2	3
19. Me propongo metas extremadamente altas	0	1	2	3
20. Mis padres han esperado sólo cosas excelentes de mí	0	1	2	3
21. Seguramente la gente me apreciará menos si cometo un error	0	1	2	3
22. Nunca me he sentido capaz de lograr lo que mis padres	0	1	2	3

esperaban de mí				
23.Si no hago las cosas tan bien como los demás, significa que soy un ser humano inferior	0	1	2	3
24. Los demás parecen conformarse con metas más bajas que las mías	0	1	2	3
25.Si no hago bien las cosas todo el tiempo, las personas no me respetarán	0	1	2	3
26.Mis padres siempre han tenido expectativas más altas sobre mi futuro que yo mismo	0	1	2	3
27.Intentó ser una persona cuidadosa	0	1	2	3
28.Usualmente tengo dudas sobre tareas simples que hago	0	1	2	3
29.La limpieza es muy importante para mí	0	1	2	3
30.Espero un rendimiento mayor en mis tareas diarias que la mayoría de las personas	0	1	2	3
31.Soy una persona organizada	0	1	2	3
32.Me toma mucho tiempo hacer algo bien	0	1	2	3
33.Tiendo a atrasarme en mi trabajo porque hago las cosas una y otra vez	0	1	2	3
34.Si cometo pocos errores, le agradeceré más a las personas	0	1	2	3
35. Nunca me he sentido capaz de llegar a alcanzar el nivel de mis padres	0	1	2	3

## Apéndice I. MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma: (1) Nunca (2) Algunas veces al año (3) Algunas veces al mes (4) Algunas veces a la semana (5) Diariamente

	ITEMS	1	2	3	4	5
A. E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado					
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales					
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					
A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando					
R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente					
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
R. P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo					
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente					
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					