



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

***“ESTUDIO DE CASO: DIFICULTADES EN LA  
REGULACIÓN EMOCIONAL Y SU RELACIÓN  
CON LA ANSIEDAD Y LA DESCONEXIÓN  
EXPERIENCIAL”***

**Alumno: Lola Contreras Vega  
Tutor: Sofia Rademaker-Municio**

**Facultad Ciencias Sociales y Humanas  
Madrid**

**Mayo 2026**

## **Abstract**

This case study has analysed the relationship between the following variables: difficulties with emotional regulation, anxiety symptoms and experiential disconnection. It has proved particularly interesting due to the coexistence of good external functioning alongside significant internal distress. The symptoms observed were characterised by the onset of anxiety in the face of emotional difficulties, a sense of disconnection from life, and a relational pattern associated with prioritising the needs of others. The intervention was based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) through the use of acceptance techniques, mindfulness, and values-driven action. The evaluation was carried out using a mixed-methods approach, combining standardised psychometric instruments (TAS-20, DERS, GAD-7, ECR-R) with a qualitative analysis of the sessions. The results reflect a reduction in anxiety symptoms, improvements in emotional regulation, and an increase in awareness of the client's own needs. The findings support the usefulness of acceptance-based interventions in cases with avoidant characteristics and underscore the relevance of emotional regulation as a transdiagnostic factor.

*Keywords: Emotional regulation, experiential disengagement, anxiety, systematic case study.*

## **Resumen**

El presente estudio de caso ha analizado la relación existente entre las siguientes variables; dificultades en la regulación emocional, la sintomatología ansiosa y la desconexión experiencial. Ha resultado de especial interés debido a la coexistencia de un buen funcionamiento externo junto con un elevado malestar interno. La sintomatología observada se ha caracterizado por aparición de ansiedad ante las dificultades emocionales, una vivencia de desconexión vital y un patrón vincular asociado a priorizar las necesidades ajenas. La intervención se enmarcó en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a través del uso de técnicas de aceptación, contacto con el momento presente y acción guiada por valores. La evaluación se llevó a cabo haciendo uso de una metodología mixta, combinando el uso de instrumentos psicométricos estandarizados (TAS-20, DERS, GAD-7, ECR-R) y un análisis cualitativo de las sesiones. Los resultados reflejan una disminución de la sintomatología ansiosa, mejoras en el proceso de regulación emocional y un aumento en la toma de conciencia de sus propias necesidades. Los hallazgos apoyan la utilidad del uso de intervenciones basadas en la aceptación en casos con características evitativas y respaldan la relevancia de la regulación emocional como factor transdiagnóstico.

*Palabras clave: Regulación emocional, desconexión experiencial, ansiedad, estudio de caso sistemático.*

# ÍNDICE

<b>1. Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Modelo procesual de Gross .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Triángulo Dramático de Karpman .....</b>	<b>8</b>
<b>1.4 Limitaciones en la literatura actual .....</b>	<b>9</b>
<b>1.5 Objetivo del estudio e hipótesis.....</b>	<b>11</b>
<b>2. Diseño .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Metodología de evaluación .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Medidas e instrumentos utilizados .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Presentación del caso.....</b>	<b>16</b>
<b>5. Antecedentes .....</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Antecedentes familiares.....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Ámbito social y relacional.....</b>	<b>18</b>
<b>5.3 Ámbito laboral.....</b>	<b>18</b>
<b>5.4 Nivel psicológico .....</b>	<b>18</b>
<b>6. Evaluación inicial.....</b>	<b>19</b>
<b>6.1 TAS-20 .....</b>	<b>19</b>
<b>6.2 DERS.....</b>	<b>20</b>
<b>6.3 GAD-7 .....</b>	<b>20</b>
<b>6.4 ECR-R.....</b>	<b>21</b>
<b>7. Formulación del caso.....</b>	<b>21</b>
<b>8. Tratamiento y curso.....</b>	<b>24</b>
<b>9. Resultados del tratamiento.....</b>	<b>27</b>
<b>9.1 TAS-20 .....</b>	<b>27</b>
<b>9.2 DERS.....</b>	<b>28</b>
<b>9.3 GAD-7.....</b>	<b>29</b>
<b>9.4 ECR-R.....</b>	<b>30</b>
<b>10. Discusión.....</b>	<b>33</b>
<b>10.1 Limitaciones .....</b>	<b>34</b>
<b>10.2 Recomendaciones para la práctica y la investigación .....</b>	<b>35</b>
<b>10.3 Aprendizajes personales .....</b>	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA:.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>40</b>

## ***1. Introducción***

El presente Trabajo Fin de Máster se centra en el estudio de un caso clínico cuya protagonista es una mujer adulta joven que acude a consulta refiriendo malestar caracterizado por dificultades en la identificación y regulación de sus emociones, sintomatología ansiosa asociada a las mismas y una sensación de desconexión del momento presente.

La elección de este caso se justifica por el valor que aporta al estudio de factores transdiagnósticos como es, por ejemplo, la regulación emocional. Ha permitido explorar la relación entre la regulación emocional y la sintomatología ansiosa, entendiendo esta última como una respuesta secundaria ante la dificultad para identificar y regular algunas experiencias emocionales percibidas como intensas. El interés del caso reside entonces, en analizar las dificultades emocionales existentes, junto con la evitación de esos mismos estados afectivos y analizar cómo contribuyen e influyen en el mantenimiento del malestar y a la vivencia subjetiva de desconexión vital.

Se ha realizado una revisión teórica de las principales variables implicadas y de los modelos teóricos relevantes. Se ha abordado la regulación emocional desde el modelo procesual de Gross, la evitación experiencial desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), y los patrones relacionales desde el Triángulo Dramático de Karpman. Este marco teórico ha permitido contextualizar el caso, fundamentar su formulación y, sobre todo, orientar y guiar la intervención terapéutica.

### *1.1 Modelo procesual de Gross*

Desde un punto de vista teórico, el caso ha posibilitado la integración de distintos modelos explicativos. En primer lugar, el modelo procesual de Gross para centrarnos en la regulación emocional, siendo este uno de los procesos psicológicos más reconocidos en la psicología clínica, ya que a través de ella se activan procesos que nos permiten ajustar la intensidad, la expresión y la duración de las emociones. Gross (1998) la define a partir de esta idea y defiende que integra múltiples mecanismos a través de los cuales los individuos condicionan qué emociones tienen, cuándo y cómo las expresan y experimentan. Sin embargo, en una formulación posterior Gross (2015) la amplía,

insistiendo en que no es un fenómeno simple, y que incluye aspectos conscientes e inconscientes haciendo hincapié en la importancia de fases que preceden a la respuesta emocional, entre ellas, la identificación de los estados emocionales.

El modelo procesual de Gross apoya su teoría sobre la idea de que la regulación emocional se estructura en fases encadenadas que se desarrollan de manera progresiva, desde el reconocimiento de la emoción hasta la selección de estrategias de regulación. Entre los modelos más utilizados para explicar el proceso de generación emocional se encuentra el “modelo modal de la emoción”, el cual propone una secuencia de cuatro partes; situación, atención, evaluación y respuesta, es decir, de acuerdo a este modelo, la emoción emerge cuando una situación es evaluada en función de los objetivos de la persona, dando lugar a cambios conductuales y fisiológicos (Gross, 2015). Aunque las emociones suelen cumplir funciones adaptativas, también pueden aumentar el malestar cuando no se ajustan al contexto o se manifiestan con una intensidad, frecuencia o duración inadecuadas (Gross, 2015).

Además, la literatura defiende que no todas las estrategias de regulación emocional son adaptativas, y que aquellas de carácter desadaptativo se asocian a niveles más altos de malestar subjetivo y al mantenimiento de sintomatología ansiosa. Estos autores señalan que, a lo largo del ciclo vital, el desarrollo de la capacidad para regular emociones es fundamental para un buen funcionamiento. (Zagaria et al., 2023).

La evidencia ha demostrado que la regulación emocional se podría considerar un factor transdiagnóstico en el ámbito psicopatológico, debido a que la existencia de dificultades en la regulación emocional se relaciona con la posible aparición de otra variedad de problemáticas, como pueden ser depresión o ansiedad. Ambas, se caracterizan por dificultades en la gestión de respuestas emocionales frente demandas cotidianas, que acaban vinculándose a estados de angustia más intensos y sostenidos en el tiempo, lo que conlleva riesgo de derivar en sintomatología clínica (Aldao et al., 2010). Los hallazgos de este meta-análisis señalan que la regulación emocional se entiende como un patrón relativamente estable, lo que permite que determinadas formas habituales de responder a las emociones puedan actuar como mecanismos transdiagnósticos en el mantenimiento del malestar psicológico (Aldao et al., 2010).

Desde esta perspectiva, la aplicación de estrategias reguladoras requiere previamente, poder identificar la emoción y evaluar la necesidad de intervenir (Gross, 2015). La identificación emocional es uno de los factores más relevantes dentro de la regulación emocional y se define como aquella capacidad de percibir, reconocer y clasificar las experiencias emocionales internas. Cuando esta se ve afectada, pueden aparecer rasgos de alexitimia; cuya definición recoge la existencia de posibles alteraciones que limitan la identificación y descripción de emociones (Bagby et al., 1994). No obstante, la literatura señala la importancia de no considerar la alexitimia como un trastorno en sí, sino como un factor de vulnerabilidad, que por tanto, eleva el riesgo ante la posibilidad de desarrollar síntomas ansiosos y depresivos (Preece et al., 2018).

En síntesis, el marco teórico de la regulación emocional permite conocer cómo el malestar subjetivo puede mantenerse cuando aparecen dificultades en la identificación, interpretación y gestión de experiencias afectivas (Gross, 2015).

### *1.2 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se presenta como un modelo adecuado para abordar las dificultades en la regulación emocional. Esto se debe a que desde su marco teórico los problemas emocionales se desarrollan cuando el individuo se relaciona con sus experiencias internas desde la evitación o el control, favoreciendo así de manera paradójica el mantenimiento del malestar (Hayes et al., 2012). En contextos donde la emoción no llega a ser reconocida ni se comprende correctamente, la respuesta de evitación se convierte en una estrategia sostenida en el tiempo, reduciendo así la activación emocional de manera casi inmediata. La evitación experiencial se podría definir como aquella tendencia a alterar, inhibir o escapar de experiencias internas desagradables, como pensamientos, emociones o sensaciones corporales (Hayes et al., 2012).

A partir de la conceptualización de la regulación emocional como proceso transdiagnóstico, diferentes enfoques han incorporado entre sus técnicas, entrenamiento en estrategias de regulación como, la terapia dialéctico-conductual, la terapia focalizada en la emoción y las intervenciones basadas en aceptación (Aldao et al., 2010). La ACT forma parte de las terapias de tercera generación e integra técnicas basadas en la

aceptación, la atención plena y acción centrada en valores. Su propósito principal se centra en aumentar la flexibilidad psicológica, definida como aquella capacidad de estar en contacto con el momento presente sin que otras experiencias internas interfieran y actuar de acuerdo a los valores personales. Por otra parte, defiende que gran parte del malestar subjetivo se explica, no solo por la existencia de emociones desagradables, sino por la tendencia humana a combatir las, en lugar de adquirir una actitud de aceptación (Hayes et al., 2006). Es decir, no centra su objetivo en la reducción de los síntomas de manera directa, sino en transformar la relación que el individuo establece con sus eventos privados.

La literatura disponible aporta evidencia sobre los intentos de controlar o suprimir la experiencia interna y muestra cómo se asocia a un patrón de funcionamiento rígido ante emociones intensas. En este sentido, las intervenciones centradas en la aceptación y en el contacto con la experiencia podrían resultar útiles en personas que presenten altos niveles de evitación (Hayes et al., 2006).

### *1.3 Triángulo Dramático de Karpman*

En relación a lo vinculante y como herramienta de comprensión relacional del caso, la propuesta del Triángulo Dramático de Karpman nos ha permitido visualizar patrones interpersonales disfuncionales que se suelen originar en la infancia y que se organizan en torno a roles complementarios, que son, víctima, rescatador y persecutor (Karpman, 1968). Es un marco práctico utilizado en psicoterapia con el fin de conceptualizar las dinámicas relacionales en la familia, pareja y entorno, que generan malestar, y con el objetivo de poder reconducirlas a roles más saludables.

Una aportación de Karpman (1968) es que propone desplazar el foco de lo que está sucediendo a cómo está sucediendo, lo que se denomina como estructura dinámica. Así, define este análisis como una secuencia de cambios de rol y de escenarios, a partir de los cuales, la intensidad tendería a aumentar cuando los cambios son muy frecuentes en un intervalo breve de tiempo (script velocity) y, cuando implican saltos entre posiciones muy opuestas (script range). Por lo tanto, desde un punto de vista clínico, esta formulación es especialmente útil, porque sugiere que el malestar no depende de un

conflicto puntual, sino de la amplitud y rapidez con la que los roles se alternan entre sí (Karpman, 1968).

Karpman además, distingue entre roles de identidad y roles de acción, el concepto de role diagram hace referencia a aquellos roles que tienden a consolidarse de manera relativamente estable, integrándose así en la autoimagen del individuo. Asimismo, el triángulo dramático se describe como un sistema de roles activo, que se desenvuelve en la relación y organiza así el conflicto. Esto permite comprender que una identidad relativamente estable puede sostener cambios de rol en función del contexto (Karpman, 1968).

Como se ha mencionado anteriormente, los tres principales roles se organizan como víctima, perseguidor y rescatador. Estos roles no deben entenderse como categorías clínicas, sino como posiciones relacionales que se activan en la relación; la víctima se asocia a vivencias de vulnerabilidad e indefensión, el rescatador a conductas de ayuda o asunción de responsabilidades ajenas y el perseguidor, a dinámicas de control, ataque y culpa. El autor señala, además, que el análisis de las dificultades en la relación puede ser incompleto si sólo se focaliza en el rol predominante. En su lugar, plantea que es necesario reconocer la implicación de la persona en cada uno de los roles, dado que su alternancia mantiene la dinámica (Karpman, 1968).

Por lo tanto, una persona puede identificarse de manera consciente con uno de los roles, mientras que los restantes pueden quedar más implícitos o ser vividos como inaceptables, y esto según Karpman (1968) puede estar mediado por factores familiares y culturales, y puede dar lugar a mensajes explícitos o implícitos que promuevan la consolidación de roles dentro del sistema familiar.

#### *1.4 Limitaciones en la literatura actual*

Aunque en la literatura se encuentran varios estudios que apoyan la regulación emocional como proceso central en los trastornos de la ansiedad y del estado de ánimo, siguen existiendo limitaciones que dificultan la integración de intervenciones sobre ella en la práctica clínica y es por ello que se justifica la necesidad de encontrar enfoques complementarios.

Entre otros, el meta-análisis de Picó-Pérez et al. (2017), centrado en estudios de neuroimagen sobre la técnica de reevaluación cognitiva en población con trastorno de ansiedad y del estado de ánimo, pone de manifiesto y recoge varias de estas limitaciones. Los resultados muestran que es posible observar cómo se dan alteraciones en las redes neurofuncionales implicadas en el proceso de la regulación emocional y, a su vez no siempre se corresponde con mayores niveles de malestar subjetivo expresado, lo que sugiere diferencias entre procesos neurobiológicos y la experiencia emocional consciente. Por otra parte, se observa como gran parte de la bibliografía revisada prioriza el estudio de estrategias de regulación emocional específicas como es la reevaluación cognitiva, por ejemplo, y no revisan procesos más amplios y también relevantes, como son la evitación experiencial o la dificultad para estar en contacto con el momento presente.

En el meta-análisis de Daros et al. (2021), los autores destacan que la mayoría de las investigaciones utilizadas hacían uso de medidas de autoinforme lo cual se considera una limitación relevante sobre todo si se utiliza en población que presente alguna dificultad respecto a la identificación o descripción de su experiencia emocional. Del mismo modo, se subraya la necesidad de llevar a cabo diseños longitudinales, ya que es su ausencia lo que impide establecer con claridad las posibles relaciones de cambio entre mejoras en el proceso de regulación emocional y la disminución de ansiedad.

Por otra parte, el meta-análisis de Park et al. (2023), aunque destaca de manera principal la alta heterogeneidad de los resultados y en consecuencia, la dificultad que aparece para identificar mecanismos explicativos claros, también recoge conclusiones sobre el apego que aportan un marco a partir del cual entender mejor la sensación de desconexión vital, y comenta que aquellos individuos con un apego inseguro suelen tener experiencias emocionales más empobrecidas incluso en contextos potencialmente gratificantes. Es entonces por lo que los autores hacen hincapié en la necesidad de investigación desde donde se permita adoptar una perspectiva más contextualizada y que permita captar la experiencia emocional en el momento presente (Park et al., 2023).

Por lo que este Trabajo de Fin de Máster plantea una aproximación a la literatura existente mediante el análisis de un estudio de caso clínico que integra medidas estandarizadas y análisis cualitativo de la experiencia subjetiva. Permitiendo así explorar

de forma más detallada la relación existente entre regulación emocional, sintomatología ansiosa y vivencia subjetiva de desconexión; variables que han sido estudiadas de manera aislada y que a través de este caso clínico podríamos llegar a comprender su interacción. Asimismo, ante el predominio de medidas de autoinforme en la literatura, este estudio de caso integra instrumentos psicométricos estandarizados y medidas cualitativas que recogen la experiencia subjetiva en sesión. Además, la perspectiva funcional y contextual ha sido central en el trabajo y motivo por el cual se ha apoyado en la Terapia de Aceptación y Compromiso, analizando la función que cumplen los síntomas en el mantenimiento del malestar. Así, de alguna manera contribuye a superar en parte las limitaciones de los diseños transversales nombrados y aporta una comprensión más profunda y aplicada de las relaciones entre las variables desde una mirada clínica.

### *1.5 Objetivo del estudio e hipótesis*

Se observa en la paciente la existencia de un patrón de evitación experiencial que aparece ante emociones vividas como intensas, con una tendencia al uso de estrategias de control como por ejemplo, la sobrecarga de actividades y la minimización de la experiencia emocional con el objetivo de reducir el malestar a corto plazo. Estas estrategias podrían enmarcarse en un sistema familiar caracterizado por relaciones intrusivas, escasa comunicación emocional y dificultad en el establecimiento de límites, en el que la paciente ha asumido un rol de cuidadora. Este patrón se reproduce también en otros vínculos, reforzando la desconexión vital y la dificultad para priorizar necesidades propias.

El objetivo principal de este Trabajo Fin de Máster es analizar y exponer la intervención realizada de un caso clínico; por ello el objetivo general de la intervención se centra en la mejora de la identificación y regulación emocional del paciente, quien acude a consulta refiriendo dificultades a la hora de reconocer y etiquetar emociones vividas como “negativas”, que acaban asociándose a estados de ansiedad. Por otro lado, la paciente presenta una sensación de desconexión del momento presente, asociada a pérdida de ilusión y vivencia del día a día en “piloto automático”.

A partir de esta formulación, los objetivos específicos del proceso terapéutico se han orientado para intervenir sobre la evitación experiencial a través de facilitar la

adquisición de estrategias de regulación emocional más adaptativas y reducir también la sintomatología ansiosa. De cara al proceso se hipotetiza un incremento en la capacidad de identificación y diferenciación emocional, lo que permitirá a la paciente reconocer con mayor precisión sus estados internos con una menor activación fisiológica a su vez. Y, por otro lado, la adopción de una actitud de aceptación y abierta hacia la experiencia interna que contribuirá a la reducción del uso de estrategias evitativas, lo que además podría favorecer el contacto con el momento presente y disminuiría la sensación subjetiva de desconexión vital.

## **2. *Diseño***

Se emplea un diseño de estudio de caso sistemático orientado al análisis de un proceso terapéutico individual. Este tipo de diseño responde a la necesidad de analizar en profundidad el funcionamiento psicológico individual y los procesos implicados en el cambio terapéutico. La intervención se llevó a cabo en el contexto de prácticas clínicas en el centro psicológico SMC, donde la asignación de pacientes se realiza de manera interna, por lo tanto, la paciente fue asignada por el propio centro y posteriormente, seleccionada para la realización del estudio de caso de acuerdo a su relevancia desde un punto de vista clínico. En concreto, por la presencia clara de variables de interés como la regulación emocional, la sintomatología ansiosa asociada y la vivencia subjetiva de desconexión, también porque permitía establecer buenas relaciones entre las variables; por ejemplo, entre la sensación de desconexión vital y la regulación emocional; reflejaba la coexistencia entre un buen funcionamiento externo y un malestar subjetivo expresado, presentaba una amplia variedad de contenidos emocionales, cognitivos y relacionales, y además, ha permitido analizar como procesos diferentes entre sí interactúan en el mantenimiento del malestar facilitando una comprensión más amplia y aportando así riqueza.

Las sesiones comenzaron en el mes de noviembre y se llevaron a cabo generalmente de manera presencial, aunque en función de las circunstancias de disponibilidad también se llegó a combinar con el formato online. Las primeras sesiones se realizaron en modalidad online, mientras que a partir de la cuarta sesión comenzó a

acudir de manera presencial al centro. En todos los casos se mantuvieron las condiciones necesarias para garantizar así la confidencialidad y el encuadre.

La evaluación y la intervención fueron llevadas a cabo por la terapeuta principal, con la participación de la coterapeuta y bajo un sistema de supervisión clínica semanal con psicólogas del centro, lo que ha permitido un seguimiento continuado del caso. Además, a lo largo del proceso, se promovió un espacio de reflexión para la experiencia emocional de la terapeuta. Estas reflexiones fueron utilizadas como material clínico para la supervisión, favoreciendo en todo momento una mayor comprensión del caso y permitiendo ajustar la intervención según las necesidades.

En el desarrollo del presente estudio de caso, se solicitó la evaluación del Comité de Ética de la Universidad, obteniendo una resolución favorable al cumplir con los principios éticos de la investigación, como se muestra en el anexo 1. Con el objetivo de garantizar la confidencialidad y los derechos de la paciente, se incorporan en los anexos los documentos pertinentes.

### ***3. Metodología de evaluación***

El proceso de evaluación se desarrolló bajo un contexto de bajo coste en el centro psicológico SMC, y fue desarrollado por la terapeuta principal y su coterapeuta. La evaluación psicológica se llevó a cabo a través de técnicas de carácter cuantitativo y cualitativo, siendo el objetivo principal alcanzar una evaluación amplia y estructurada de las variables clínicas relevantes y una comprensión global del funcionamiento de la paciente, posibilitando así el seguimiento de los cambios a lo largo de todo el proceso de intervención.

Se aplicaron instrumentos psicométricos estandarizados, haciendo uso de sus versiones validadas al español. Estos instrumentos se administraron en dos momentos temporales, en la pre-intervención, que coincide temporalmente con la cuarta sesión; y una fase posterior, la post-intervención, utilizando los mismos cuestionarios en ambos momentos lo que permite comparar los resultados. Para su cumplimentación estos se

rellenaron fuera de sesión, con el objetivo de favorecer un contexto más tranquilo y reflexivo para la paciente.

En cuanto a la parte de evaluación cualitativa se tuvieron en cuenta factores relevantes que afectan de manera directa en el cambio como la calidad de la alianza terapéutica, entendida como la confianza y la colaboración, entre otros, establecida entre paciente y terapeuta, siendo esta central en el cambio psicológico. También, los estados de cambio de la paciente, observando momentos caracterizados por mayor apertura emocional, otros por fases más resistentes o evitativas. Y en relación a esto último, las fluctuaciones en el proceso terapéutico, ya que el cambio no se entiende como un proceso lineal sino más bien como un recorrido más dinámico.

### *3.1 Medidas e instrumentos utilizados*

Para evaluar las dificultades en la identificación y descripción de emociones se utilizó la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), que destaca como uno de los instrumentos de autoinforme más empleados para evaluar rasgos alexitímicos, junto con un estilo de pensamiento orientado a lo externo, caracterizado por otorgar menos importancia a la experiencia interna, como emociones o sensaciones corporales (Bagby et al., 1994). El TAS-20 cuenta con 20 ítems agrupados en tres dimensiones; dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describirlos y pensamiento orientado a lo externo. También cuenta con una adaptación al castellano publicada en *Clínica y Salud*, con unos índices de fiabilidad interna ( $\alpha = .80-.87$ ), así como con una estructura coherente y propiedades psicométricas adecuadas (Martínez-Sánchez, 1996). Resulta central en el caso, ya que la paciente manifiesta ansiedad asociada a la dificultad de identificar sus experiencias emocionales.

Las dificultades en regulación emocional se evaluaron a través de Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), debido al enfoque multidimensional que ofrece; la presencia de patrones de sobreactividad y evitación emocional, y la baja claridad emocional justifica la elección de este instrumento de evaluación. Desde el modelo propuesto por Gratz y Roemer (2004), la desregulación emocional no se reduce únicamente a la intensidad emocional, sino que implica dificultades en los distintos procesos de la regulación, como la claridad emocional, la falta de aceptación emocional,

la disponibilidad de estrategias reguladoras y la capacidad para mantener conductas dirigidas a metas. Cuenta con un total de 36 ítems y la versión validada al español fue publicada por Hervás y Jódar (2008), presentando una alta fiabilidad interna ( $\alpha \approx .93$  total; subescalas .80–.89), y resulta especialmente útil para evaluar cambios pre y post en múltiples dimensiones de la regulación emocional, no únicamente en sintomatología ansiosa.

Esta última, se evaluó a través del Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), instrumento breve (7 ítems) diseñado para evaluar la severidad de los síntomas ansiosos en las últimas dos semanas (Spitzer et al., 2006) y se empleó su versión validada al español de García-Campayo et al (2010) que muestra una fiabilidad interna alta ( $\alpha = .89$ ). La presencia de una activación fisiológica intensa asociada a experiencias emocionales intensas hizo necesaria la evaluación de la ansiedad generalizada.

Finalmente, los patrones de apego se evaluaron a través de la versión validada española (Alonso-Arbiol et al., 2007), del instrumento Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R), que cuenta con un nivel de fiabilidad interna alta ( $\alpha \approx .90$  en ambas subescalas) y dos dimensiones fundamentales, la ansiedad y la evitación y un total de 36 ítems con escala Likert de 7 puntos (Gratz & Roemer, 2004). La justificación de esta elección nace de la existencia de patrones relacionales marcados por la inseguridad, la dependencia afectiva y la evitación del vínculo.

La administración de estos instrumentos permitió obtener una evaluación cuantitativa de la sintomatología presente vinculada al malestar, así como los procesos emocionales y relaciones que podrían estar contribuyendo a su mantenimiento, facilitando una formulación clínica del caso y planificación de la intervención. De manera complementaria, la evaluación cualitativa se llevó a cabo a través del análisis del contenido verbal de las sesiones y las notas del caso elaboradas tras cada encuentro. No se emplearon grabaciones audiovisuales, haciendo uso exclusivo de registros escritos y observacionales. La integración de los datos de carácter cualitativos y cuantitativos permitió una interpretación más completa y contextualizada de los resultados.

La evaluación de los mecanismos de cambio se realizó de manera cualitativa, a partir del análisis del proceso terapéutico y de la evolución del discurso de la paciente.

En concreto, se consideraron el incremento en la capacidad para identificar emociones asociada a situaciones concretas, la reducción de la evitación del contacto emocional y una mayor conexión con el momento presente. De igual forma, se prestó atención a los factores comunes de la intervención, como la alianza terapéutica y el establecimiento de objetivos en común.

#### ***4. Presentación del caso***

La paciente es una mujer adulta de 26 años, residente en Madrid que acude a consulta por primera vez hace dos años, refiriendo sintomatología ansiosa asociada a dificultades en el ámbito laboral, no obstante, tras el proceso terapéutico llevado a cabo en el mismo centro y un cambio de trabajo, sus niveles de estrés y ansiedad refiere, se rebajaron en gran medida. Vuelve a terapia esta vez con un motivo de consulta asociado a dificultades para identificar emociones que experimenta como “negativas”, que suelen convertirse en ansiedad. Por otro lado, refiere también sobrecarga de actividades y dinámicas familiares desorganizadas.

Cuenta con estudios universitarios, se encuentra laboralmente activa y presenta en términos generales, un adecuado nivel de funcionamiento externo. En el momento de inicio del proceso terapéutico, la paciente se encontraba atravesando diversos cambios vitales relevantes, entre ellos el regreso al domicilio paterno tras un periodo independizada, que coincide con el proceso de divorcio de sus padres. En el momento de la evaluación la paciente refiere una marcada sensación de desconexión vital definida en muchas ocasiones como “vivir en tercera persona” o en “piloto automático” y dificultades en el ámbito relacional.

Asimismo, se observa una tendencia a la sobrecarga de actividades que la paciente identifica como poco satisfactorias, acompañado de una rumiación frecuente y un estado de ánimo bajo. Entre los principales síntomas y problemas identificados se señalan, dificultad para identificar emociones y sensaciones corporales, sintomatología ansiosa asociada, evitación emocional a través de la sobrecarga de actividades, rol de cuidadora e hiperdisponibilidad en las relaciones, dificultades para establecer límites, rumiación,

bajo estado de ánimo, sensación subjetiva de desconexión vital descrita como “vivir en tercera persona”, minimización emocional y elevada autoexigencia.

De acuerdo a los principios éticos de la investigación, se obtuvo el consentimiento informado de la paciente con carácter previo al inicio del estudio, como se muestra en el anexo 2, tras haber sido informada de manera clara y comprensible sobre los objetivos, procedimiento, tratamiento de los datos y sus derechos como participante.

## **5. Antecedentes**

### *5.1 Antecedentes familiares*

Tras aproximadamente un año y medio viviendo independizada en un piso compartido, decide regresar al domicilio de su padre como consecuencia de conflictos con una de sus compañeras de piso y la marcha de la otra al extranjero. Esto coincide con el proceso de divorcio de sus padres, aún no resuelto, lo que incrementa la tensión familiar y, en consecuencia, el malestar emocional de la paciente. Refiere contar con un sistema familiar desorganizado y desestructurado. Tiene dos hermanas, una de un año mayor que actualmente vive fuera de España y otra de cuatro años menos, con las que refiere mantener buena relación. Expresa haber deseado la separación de sus padres hace años, y aun así reconoce que el proceso actual está siendo duro y generando mucha tensión.

Describe a la madre como una figura crítica e intrusiva, con antecedentes de ingreso psiquiátrico durante la infancia de la paciente y un proceso oncológico posterior. Describe conductas intrusivas por parte de la madre, tales como irrupciones en espacios privados y dificultades para respetar límites. A pesar de encontrarse en un proceso de separación, la madre continúa residiendo en el domicilio familiar, lo que incrementa el conflicto y las discusiones frecuentes, especialmente con la paciente.

La paciente asume un rol de cuidadora, actuando como “gestora” dentro del sistema familiar, responsabilizándose así de tareas relacionadas con el divorcio de sus padres, sobre todo gestión de la documentación de la madre y ayuda en la mudanza. Asimismo, presta ayuda académica corrigiéndole los trabajos de la universidad a su

hermana pequeña. Se observa, por tanto, una dinámica caracterizada por límites difusos, inversión de roles y elevada carga de responsabilidad, añadiendo nula priorización de las necesidades propias de la paciente.

### *5.2 Ámbito social y relacional*

En el ámbito social, refiere una sobrecarga significativa de actividades entre las que esta su segunda carrera universitaria, club de lectura, clases de inglés, viajes frecuentes, teatro y vida social activa. A pesar de ello, refiere una sensación persistente de desconexión en su día a día.

En el ámbito relacional, la paciente presenta unas dinámicas vinculantes caracterizadas por la dificultad para establecer límites e hiperdisponibilidad. En el plano romántico, durante siete años mantuvo un vínculo con una expareja marcada por apariciones y desapariciones y dificultades en la comunicación emocional. La paciente tiende a asumir un rol facilitador y cuidador dentro de los grupos, priorizando el bienestar de los demás. Refiere, además, experiencias de distanciamiento relacional que le generan confusión y tristeza, así como una tendencia a atribuirse la responsabilidad del deterioro del vínculo.

### *5.3 Ámbito laboral*

Actualmente, la paciente trabaja en una empresa más pequeña, donde refiere sentirse cómoda y establecida, en la que, además, ha recibido reconocimiento profesional en múltiples ocasiones. Muestra compromiso, responsabilidad y autoexigencia, no obstante, tiende a la minimización de sus logros, los cuales tampoco le generan ningún tipo de satisfacción personal. Del mismo modo elevada autoexigencia junto con comparaciones constantes con figuras de alto funcionamiento. Cabe destacar que la paciente no suele profundizar sobre este área durante las sesiones.

### *5.4 Nivel psicológico*

A nivel psicológico la paciente presenta antecedentes de sintomatología ansiosa, motivo principal por lo que fue atendida hace dos años en el centro. La paciente además de dificultades en relación a la identificación de sus estados emocionales, muestra una

tendencia a minimizar sus estados internos. La paciente refiere una historia de exigencia académica, que destaca por su paso por el conservatorio durante la infancia y la adolescencia, en la que refiere no haber podido abandonar la actividad por imposición materna. Señala que fue a raíz del confinamiento cuando pudo finalizar la formación y desvincularse totalmente. Además, la paciente ha mostrado tendencia a medir la relevancia de sus estados emocionales en función de la validación externa, es decir, le otorga a su experiencia interior la misma importancia que le da alguien de fuera.

## **6. Evaluación inicial**

### **6.1 TAS-20**

La paciente obtuvo una puntuación total de 58 puntos en este instrumento, lo que la sitúa en el rango de alexitimia límite, interpretando según los puntos de corte establecidos por Bagby et al. (1994).

El análisis se ha realizado dividido por subescalas y ha dado lugar a los siguientes resultados; se observa una puntuación elevada en la subescala “Dificultad para identificar sentimientos” (DIF= 23), lo que sugiere la existencia de dificultades significativas en el reconocimiento y la discriminación de los propios estados emocionales, sobre todo en situaciones de elevada activación fisiológica. Asimismo, se observa una puntuación moderada en la subescala “Dificultad para describir sentimientos” (DDF= 15), lo que refleja dificultades en la expresión verbal de la experiencia emocional especialmente en contextos interpersonales. Por último, en la subescala “Pensamiento orientado a lo externo” la puntuación obtenida (EOT= 20) sugiere que la paciente consta de un estilo de funcionamiento principalmente centrado en la acción y demandas externas.

En conjunto, todos estos resultados sugieren la existencia de dificultades relevantes en el procesamiento emocional, las cuales podrían estar contribuyendo al mantenimiento de la sintomatología ansiosa, así como a la experiencia subjetiva de desconexión descrita por la paciente.

## 6.2 *DEERS*

La paciente obtuvo una puntuación total de 131 puntos en este instrumento, lo que sugiere dificultades clínicamente relevantes en relación al proceso de regulación emocional.

Se ha realizado un análisis por subescalas, el cual ha revelado puntuaciones elevadas en las diferentes dimensiones, especialmente en el acceso limitado a estrategias de regulación y la falta de conciencia emocional, lo que refleja dificultades en la gestión de estados emocionales intensos junto a una atención reducida hacia experiencia emocional interna. Asimismo, se observan puntuaciones elevadas en la dimensión de no aceptación de las respuestas emocionales, lo que indica una relación caracterizada por la autocrítica, la vergüenza y el rechazo hacia las propias emociones negativas. Esto se asocia a problemas para mantener conductas orientadas a objetivos en situaciones de malestar emocional.

En conclusión, se observa que los resultados reflejan un patrón de regulación emocional basado en la evitación experiencial, la desconexión y el desbordamiento, lo que parece coherente con la vivencia descrita por la paciente a lo largo del proceso.

## 6.3 *GAD-7*

Los resultados muestran una puntuación total de 15 puntos, lo que sitúa a la paciente en el rango de ansiedad grave de acuerdo a los puntos de corte establecidos por Spitzer et al. (2006).

Tras el cálculo global, se llevó a cabo el análisis por ítems, lo que reflejó puntuaciones elevadas en nerviosismo, preocupación persistente, dificultad para relajarse e inquietud motora; esto sugiere un patrón de activación ansiosa que se caracteriza por rumiación constante y un nivel de tensión interna elevado. No obstante, se observa una puntuación nula en el ítem “Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible”, lo que podría indicar que la paciente expresa su sintomatología ansiosa como un estado de hiperactivación y preocupación que como anticipación catastrófica.

Por ello, se concluye que estos resultados son coherentes con el motivo de consulta que trae la paciente y la sintomatología expresada en sesión y a lo largo del proceso.

#### 6.4 ECR-R

Las puntuaciones obtenidas en este instrumento indican que la paciente presenta valores elevados en ambas subescalas; tanto en la subescala de ansiedad de apego (M= 4,94), como en la de evitación de apego (M= 5,22). Esto sugiere que el patrón de apego de la paciente se caracteriza principalmente por un deseo de cercanía emocional y a su vez una tendencia defensiva que tiende al distanciamiento, lo que genera una experiencia relacional ambivalente.

Un nivel elevado de evitación podría indicar y traducirse en incomodidad con la cercanía emocional, en dificultades en la expresión de necesidades afectivas y con una tendencia a la autosuficiencia, mientras que la ansiedad de apego refleja preocupación relacionada con el abandono y con la evaluación por pares de figuras significativas.

Este patrón se alinea con la historia relacional de la paciente, la cual ha ido desarrollando la paciente en terapia a lo largo de las sesiones, y gracias a la cual se ha podido observar la existencia de vínculos intermitentes, además de dificultades para establecer límites emocionales y una tendencia a minimizar el malestar en el ámbito relacional, a pesar de un elevado impacto emocional interno.

### 7. *Formulación del caso*

La formulación de este caso se ha realizado tomando como marco principal la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para comprender los procesos implicados en el mantenimiento del malestar e integrando el Triángulo Dramático de Karpman como modelo explicativo de los patrones relacionales que refuerzan estos procesos.

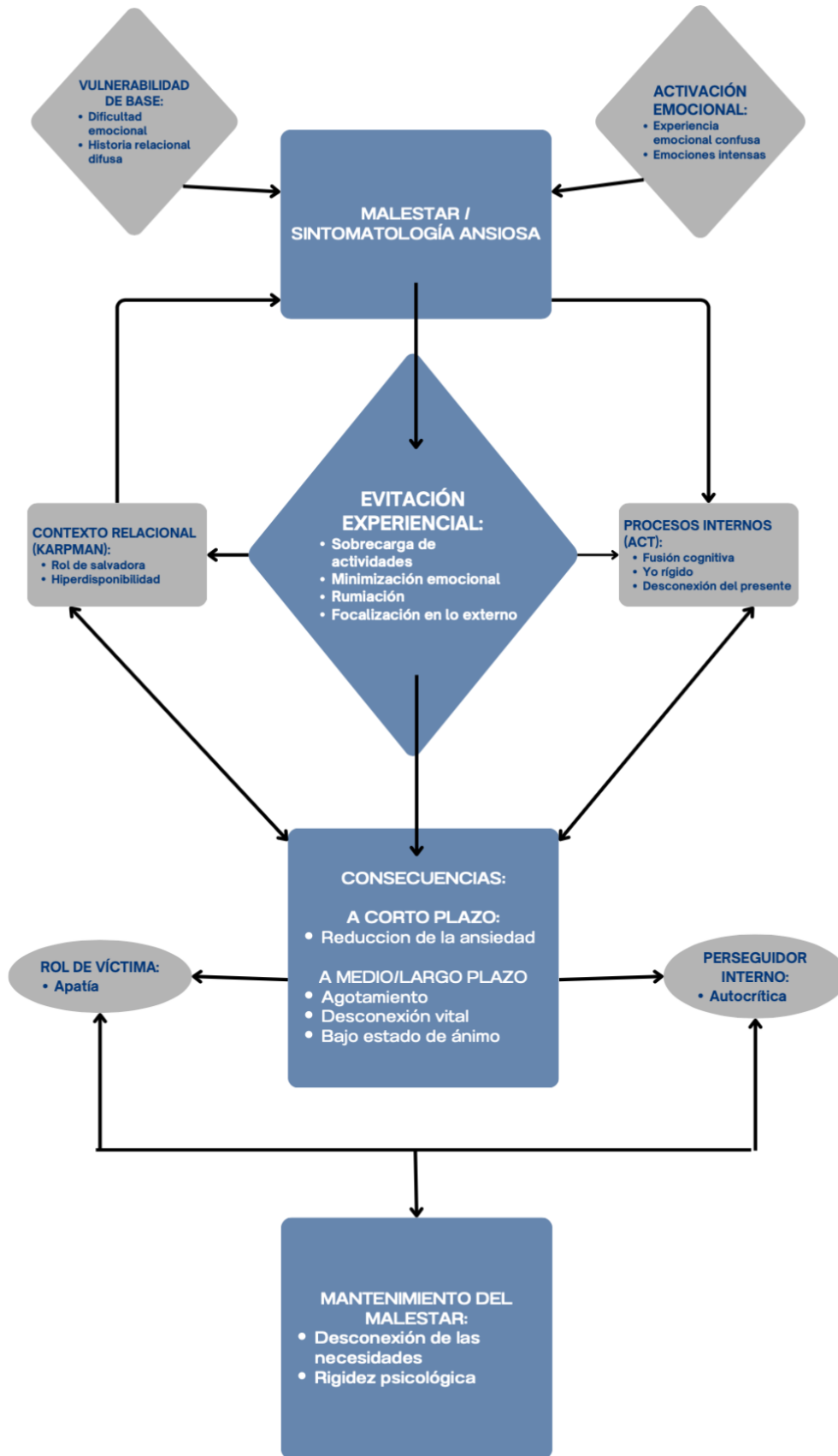
En primer lugar, destacar que el malestar de la paciente no se debe fundamentalmente a la existencia de emociones negativas o la ansiedad, sino más bien por la forma en la que se relaciona con su experiencia interna y, los patrones conductuales e interpersonales que pone en marcha. Además, muestra dificultades para identificar sus estados emocionales lo que conduce a que su activación sea experimentada como confusa y desbordante, dando lugar así, a la sintomatología ansiosa. Ante este malestar interno,

despliega estrategias de evitación experiencial orientadas a reducir el contacto con sus experiencias internas desagradables, y estas acaban materializándose en sobrecarga de actividades, la minimización emocional y su focalización hacia lo externo.

A corto plazo, estas conductas cumplen con una función reguladora al disminuir la ansiedad temporalmente, sin embargo, en el medio y largo plazo refuerzan el patrón de desconexión, rumiación, y vivencia de falta de sentido. Esto podría conceptualizarse como un estilo de funcionamiento caracterizado no solo por la evitación experiencial, sino también, por fusión cognitiva y un yo conceptualizado en torno a la autosuficiencia y fortaleza.

De manera complementaria, desde el Triángulo Dramático de Karpman se comprenden los procesos internos que mantienen y refuerzan este funcionamiento en un contexto interpersonal. La paciente se sitúa de manera predominante en el rol de salvador, asumiendo responsabilidades que no le pertenecen, esto funciona como forma de autorregulación, dirigida a evitar el conflicto o la culpa asociado a la expresión de las propias necesidades. Esto conlleva un coste y facilita que haya movimientos hacia el rol víctima, caracterizado por el agotamiento y la desconexión, y hacia el rol perseguidor, en este caso, interno, asociado a la autoexigencia y autocrítica.

Por lo que, en conclusión, se hipotetiza que la sintomatología ansiosa, la vivencia subjetiva de desconexión y el bajo estado de ánimo se sostiene a través del bucle de evitación experiencial, reforzado por patrones interpersonales vinculados al rol cuidador. Además, la dificultad para conectar y priorizar sus propias necesidades, favorece la sensación de funcionar en “piloto automático”.



## **8. *Tratamiento y curso***

La intervención, como en otros apartados se indica, se enmarca de manera principal dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), incorporando elementos del Modelo procesual de regulación emocional de Gross y una aproximación relacional basada en el Triángulo Dramático de Karpman.

La elección se fundamenta en la conceptualización del caso, que se ha centrado en la relación que la paciente mantiene con su experiencia interna. En este sentido, se identifican procesos como la evitación experiencial, la fusión cognitiva con contenidos de autoexigencia, la desconexión del momento presente y, un yo conceptualizado rígido. Desde el marco de la ACT, el foco de la intervención se sitúa en la transformación de la relación con la experiencia interna, promoviendo mayor flexibilidad y conductas guiadas por valores.

De forma complementaria, el Triángulo Dramático de Karpman permite identificar patrones interpersonales de mantenimiento del problema, como el rol de salvadora, la posición como víctima en contextos de agotamiento y bloqueo, y la internalización de un rol de perseguidor, que se manifiesta en forma de autocrítica. Esta integración resulta relevante debido al peso del contexto familiar en el mantenimiento del problema.

Desde el inicio del proceso, la paciente mostraba una clara dificultad para identificar sus emociones y describir su experiencia interna, manifestada a través de expresiones como “no sé qué siento” o “no se explicarlo”, por lo que el trabajo se centró, además de en establecer una buena alianza terapéutica, se priorizó el desarrollo de la capacidad de identificación y diferenciación de sus propios estados emocionales. La exploración se llevó a cabo a través de preguntas dirigidas y devoluciones que facilitaban la diferenciación emocional, así como intervenciones de validación explícitas acerca de experiencias y vivencias subjetivas que la paciente tendía a minimizar. Sin embargo, en sesiones posteriores, se observó también una dificultad para conectar con las sensaciones corporales, lo que de manera obvia limitaba el acceso a la experiencia emocional y, por ello, se modificó la orientación de la intervención, ofreciéndole la prioridad a las sensaciones corporales como paso previo al reconocimiento de emociones. El escaneo

corporal se realizaba a través de preguntas como “Si tuvieras que describir cómo vienes hoy con una palabra ¿Cuál sería?” “¿Más ligero o más pesado?” “¿Se mueve o es algo más estático?” “¿Dónde crees que sientes la sensación?”; y tras ello se pretendía asociar esa sensación a una emoción por lo que se preguntaba “Y si esa sensación fuese una emoción ¿Cuál sería?”, tras esto se validaba su respuesta.

En segundo lugar, se abordó la evitación experiencial, explorando cómo la sobrecarga de actividades (inglés, clases de teatro, segundo grado universitario, trabajo con jornada completa, club de lectura, creación y organización de una asociación, viajes quincenales y cito textualmente “muchos amigos con los que tengo que quedar”) funcionaba como estrategia que en el corto plazo reducía el malestar, pero, sin embargo, al medio y largo plazo mantenía la sensación de desconexión y la sintomatología ansiosa; hipótesis que la paciente afirmó en la tercera sesión señalando “ni siquiera acabo disfrutando de lo que hago” por lo que el trabajo terapéutico se centró en explicitar la función de dichas estrategias favoreciendo la toma de conciencia. A partir de aquí, se enfatizó que el objetivo no consistía en eliminar el malestar, sino en transformar su relación con estas experiencias internas, facilitando así una actitud más abierta y de aceptación.

Por otro lado, la sensación de desconexión vital ha sido un eje central dentro del proceso, en relación a ella y para poder contextualizar y entenderla de manera adecuada se utilizó la metáfora del cine, desde donde se exploró en qué lugar se posicionaba la paciente respecto a su vida y cómo se relacionaba con lo que pasaba en ella. Esta metáfora se utilizó tras una sesión donde la paciente verbalizó “no he hecho nada esta semana”, a pesar del elevado nivel de implicación en las distintas actividades día a día. En esta fase se introdujeron de manera progresiva en sesión, ejercicios orientados principalmente a aumentar el contacto con el momento presente, sobre todo en situaciones donde la paciente sentía mucha carga mental, promoviendo así la defusión cognitiva. Estos ejercicios de atención plena permiten focalizar la atención en la respiración, las sensaciones corporales y el entorno. “Vamos a dejar que el ruido de nuestra cabeza siga ahí, y vamos a colocar la planta de los pies en el suelo, vamos a notar el respaldo de la silla, y vamos a realizar unas respiraciones profundas”.

Asimismo, se revisaron los patrones interpersonales, donde se observó el rol de salvador, dificultad para establecer límites y priorización de las necesidades ajenas frente a las propias, que, además, se hacía evidente en múltiples contextos como en la familia, amistades y pareja. Esto se trabajó a partir del análisis de las situaciones concretas en las que la paciente accedía ante las peticiones de los demás a pesar de no querer hacerlo; patrón que se hace especialmente notorio en la cuarta sesión, donde la paciente señala que a ella misma si es capaz de negarse cosas, pero a los demás no. Se hicieron muchas devoluciones en relación a lo vincular con el objetivo de hacer consciente que es posible relacionarse cuidando el vínculo y a la vez teniendo espacio para las propias necesidades, En este sentido, el foco se situó también en la creación de un espacio entre la emoción/sensación y la respuesta conductual. Se exploraron también las dinámicas familiares, las cuales se caracterizaban por altos niveles de demanda, intrusión y dependencia, lo que nos permitió comprender el desarrollo de este patrón relacional en la paciente. Es sobre todo en la octava sesión cuando la paciente verbaliza: “es como si yo fuese la madre de mi madre”.

Por último, la paciente mostraba un patrón autoexigente acompañado de comparaciones con figuras de alto desempeño, como grandes empresarios con una larga carrera profesional y de edad avanzada, a lo que le seguía una clara tendencia a minimizar sus propios logros. Este aspecto se trabajó explorando la función que cumplían dichas comparaciones, facilitando a la paciente un momento de reflexión donde poder diferenciar si actuaban como motivador o como mecanismo invalidante. también se abordaron procesos cognitivos como la autoexigencia, la minimización de logros y estado emocional, y las comparaciones, con el objetivo de establecer una relación más flexible y compasiva consigo misma. Además, a través de preguntas dirigidas, también se exploró sobre la coherencia entre sus objetivos personales y sus valores, para posteriormente poder contextualizarlos y ajustarlos a su momento vital; también con la intención de diferenciar qué la guiaba hacia esos objetivos, si sus valores personales, o más bien aquellas comparaciones caracterizadas por autoexigencia.



## 9. Resultados del tratamiento

En el siguiente apartado se detallan los resultados obtenidos por la paciente en el post-tratamiento, integrando las puntuaciones de los test psicométricos y su interpretación, con los datos cualitativos del contenido de las sesiones.

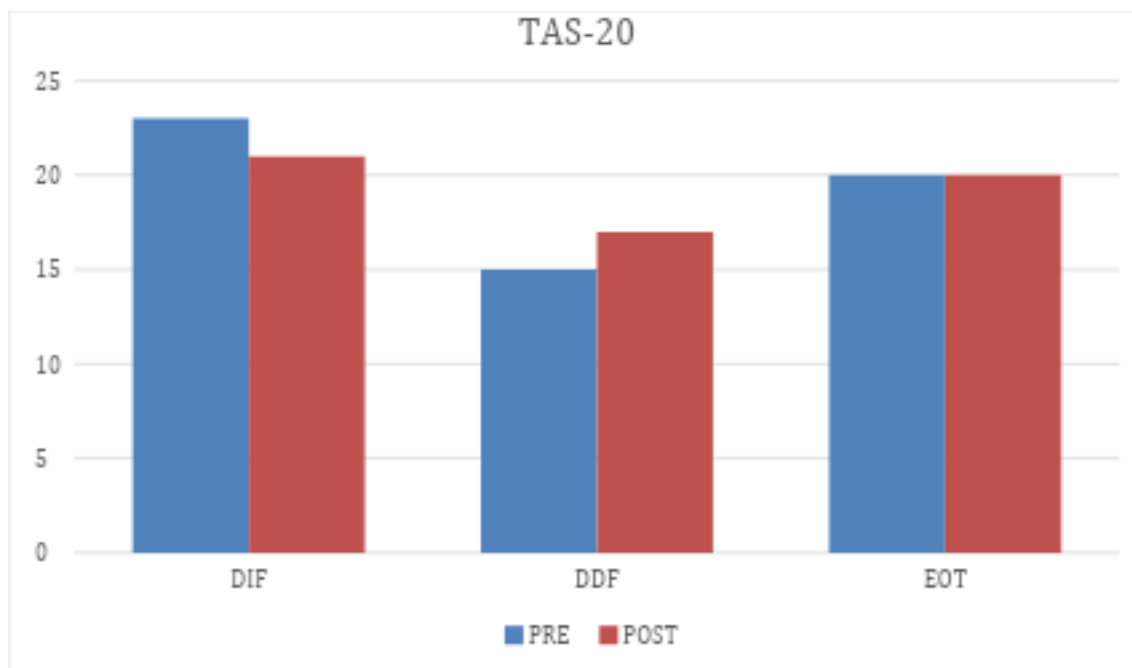
### 9.1 TAS-20

La paciente obtuvo una puntuación total de 58 puntos, manteniéndose así en el rango de alexitimia límite, sin cambios respecto a la puntuación global del pretratamiento.

No obstante, sí se observan cambios en las puntuaciones de las subescalas. En concreto en la subescala "Dificultad para identificar sentimientos" (DIF), cuya puntuación se reduce dos puntos, lo que podría traducirse en una ligera mejora respecto a la capacidad para reconocer sus estados emocionales internos. Por otro lado, se observa un aumento en la subescala "Dificultad para describir sentimientos" (DDF), lo que indica que a medida que la paciente ha ido incrementando el contacto con su experiencia interna, la capacidad para describirla verbalmente se ha visto afectada, algo habitual sobre todo en primeras fases dentro del trabajo emocional. Por último, en cuanto a la subescala

“Pensamiento orientado a lo externo” (EOT), se observa que la puntuación se mantiene estable, lo que sugiere que el estilo de procesamiento centrado en lo externo persiste.

En suma, y aunque la puntuación global se haya mantenido estable, los resultados sí muestran modificaciones a nivel proceso, sobre todo respecto a la identificación emocional, lo que supone un cambio clínicamente relevante en este caso.

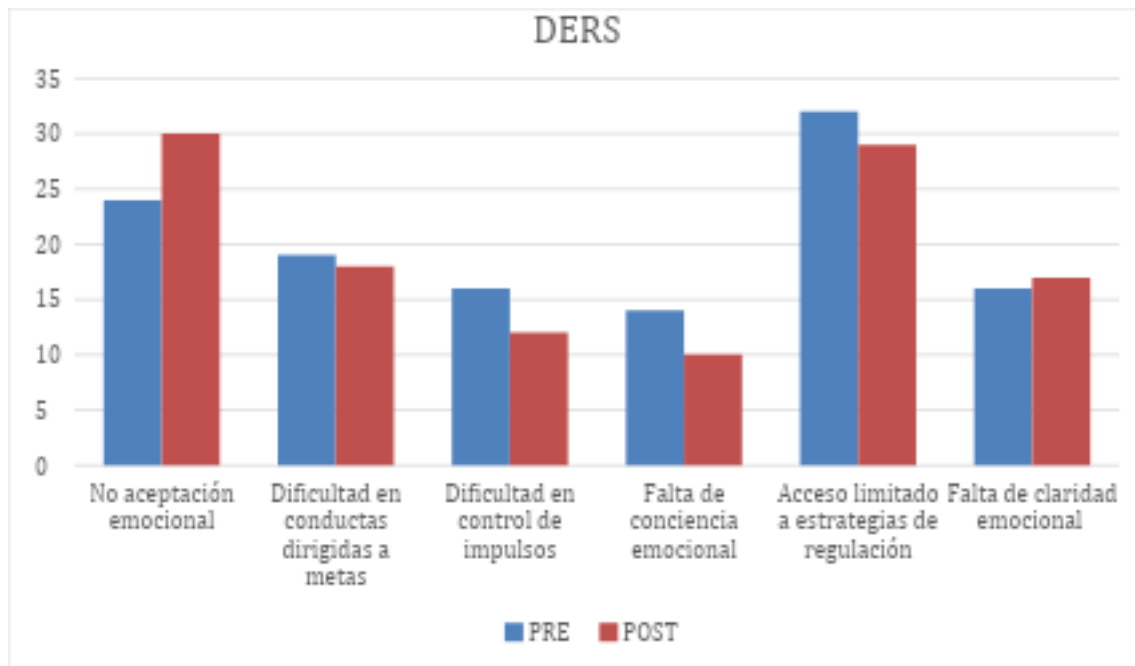


## 9.2 DERS

En la evaluación post-tratamiento se calcula una puntuación total de 116 puntos, lo que supone una reducción de 15 puntos respecto a la puntuación del pretratamiento.

En cuanto a la evaluación pretratamiento se observan cambios relevantes dentro de las dimensiones del test. En primer lugar, se muestra una mejoría significativa en la subescala “Falta de conciencia emocional”, lo que indica que la paciente ha podido desarrollar mayor capacidad para atender e identificar sus estados internos. Por otro lado, la subescala “Dificultades en la conducta dirigida a objetivos” también ha mostrado una ligera mejoría respecto a las puntuaciones del pretratamiento, dicho resultado sugiere el desarrollo de una mayor capacidad para generar espacio entre emoción y conducta, uno de los objetivos centrales del tratamiento.

No obstante, las puntuaciones en las subescalas “Acceso limitado a estrategias de regulación emocional” y “No aceptación de las respuestas emocionales”, se mantiene elevada, siendo estas respectivamente 29 y 30 puntos, lo que podría traducirse en que la paciente mantiene dificultades para gestionar sus estados emocionales y que persisten las respuestas de autocrítica o rechazo hacia el malestar. Sin embargo, en esta última sí que se observa una modificación en la conciencia sobre el patrón, lo cual podría interpretarse como un avance relevante.



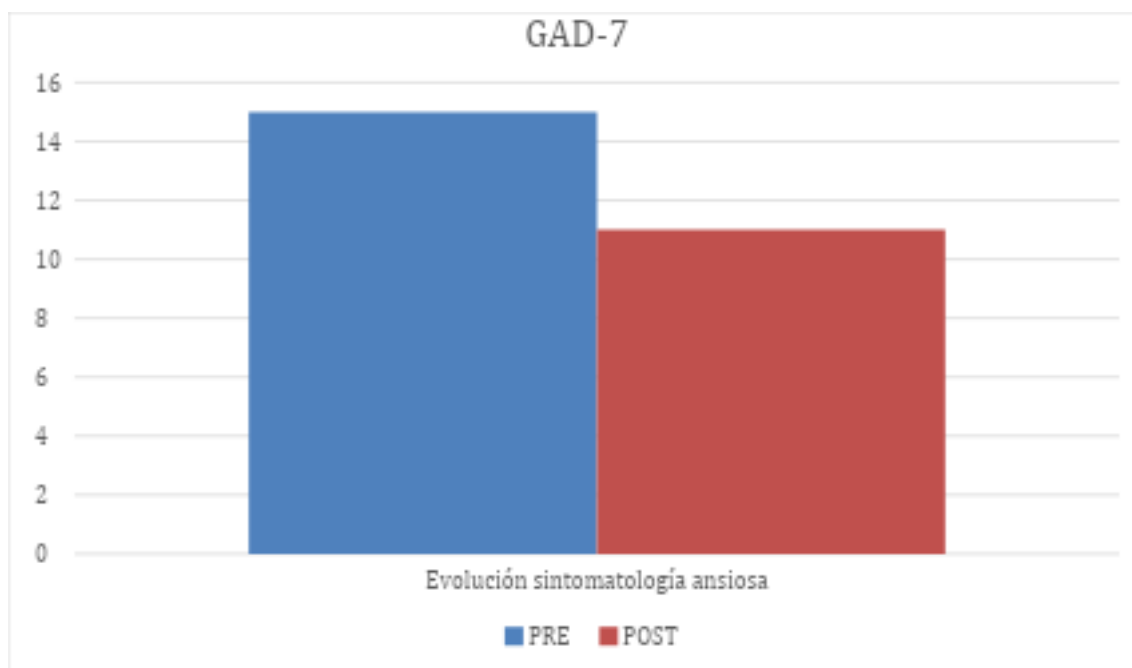
### 9.3 GAD-7

En relación a la sintomatología ansiosa se observa un cambio significativo en las puntuaciones del post-tratamiento respecto al pretratamiento. Como se mencionó anteriormente la puntuación del pretratamiento sobre este cuestionario fueron 15 puntos, lo que se interpreta como ansiedad severa, sin embargo, en el post-tratamiento encontramos un resultado de 11 puntos, lo que se podría traducir como ansiedad moderada.

Esta reducción indica un cambio, en la evaluación inicial predominaban las puntuaciones en los ítems relacionados con el nerviosismo, la preocupación persistente y la dificultad para relajarse, ahora sí en los resultados del post-tratamiento predominan principalmente la dificultad para relajarse y la inquietud, lo cual indica que las puntuaciones elevadas giran en torno a la activación fisiológica. En este sentido, ha

disminuido la intensidad global y la experiencia se ha vuelto más específica y localizada, considerando que en el pretratamiento se definía como confusa.

Estos resultados muestran coherencia respecto al enfoque utilizado en el proceso terapéutico. El objetivo principal no fue la reducción sintomática sino promover la mejora de la relación entre la paciente y su experiencia interna, a través de fomentar mayor conciencia emocional y también sobre las sensaciones corporales.



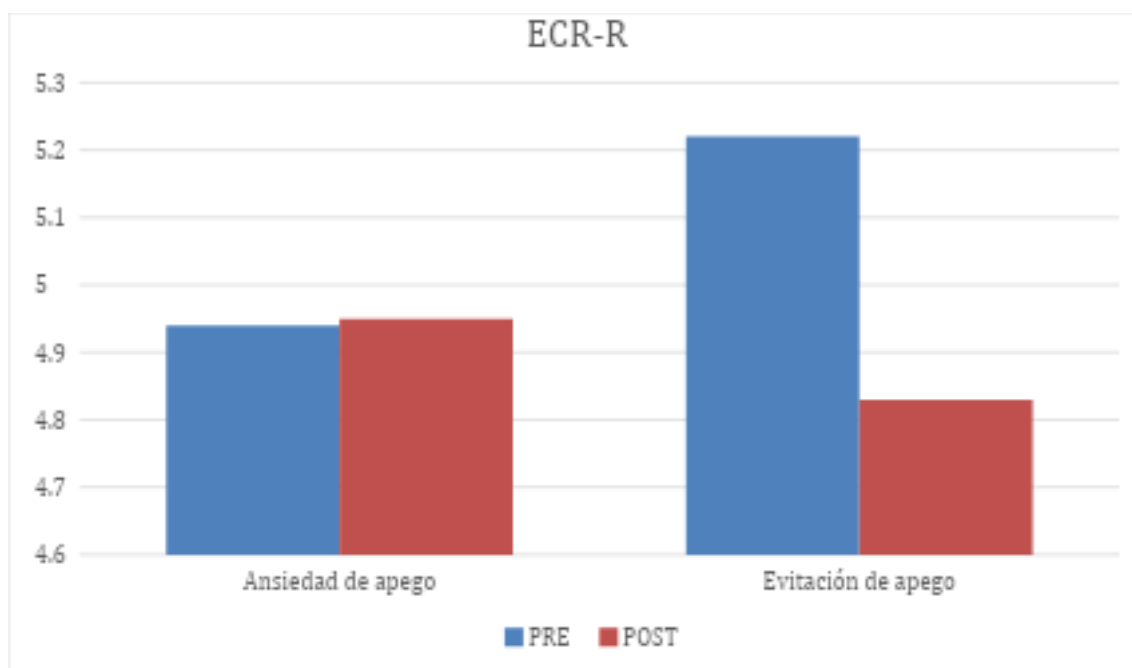
#### 9.4 ECR-R

Respecto al post-tratamiento las puntuaciones continúan siendo elevadas en ambas dimensiones; ansiedad de apego (M=4,95) y evitación de apego (M=4,83). Bien es cierto que sí se observa una disminución respecto al pretratamiento en la dimensión de evitación de apego lo que sugiere que podría haberse desarrollado una mayor disposición a la cercanía emocional y a la expresión de necesidades afectivas.

Debido a que ambas dimensiones se siguen manteniendo en puntuaciones elevadas, se mantiene la hipótesis sobre la existencia de un estilo de apego caracterizado por la simultaneidad entre la necesidad de conexión emocional y a su vez dificultades para sostener dicha intimidad y expresar necesidades de manera directa. Se observa también cómo la dimensión de ansiedad de apego se mantiene estable, lo que podría

interpretarse como la persistencia en preocupaciones asociadas al abandono, la necesidad de validación e inseguridad en los vínculos.

Estos resultados indican que los cambios relacionales observados están en una fase inicial, y aunque se haya dado una reducción respecto a la evitación emocional, aún se mantiene la ansiedad de apego como factor de vulnerabilidad central.



De manera complementaria, el análisis cualitativo ha permitido observar que el cambio no ha sido lineal, sino más bien un proceso fluctuante, donde se destacan momentos de mayor apertura y sesiones donde ha habido más desconexión o bloqueo.

Durante las primeras sesiones del proceso, la paciente hacía hincapié en la dificultad que experimentaba en relación a identificar y diferenciar emociones lo que, además, iba acompañado de ansiedad. La paciente lo reflejaba a través de verbalizaciones como: “No sé qué siento” “Cuando voy a sentir una emoción negativa, me da ansiedad y no llego a saber que es”.

En sesiones posteriores se observa con mayor claridad un estado de desconexión emocional que la paciente describe como “Siento que vivo en tercera persona”. Es a partir

de las primeras sesiones presenciales donde se puede observar un cambio significativo en relación al nivel de apertura que presentaba, el cual se asocia al contexto terapéutico y a la consolidación de la alianza. Es entonces cuando la paciente se siente capaz de identificar con mayor claridad el estado de su experiencia interna señalando, en la cuarta sesión, cambios relevantes como: “Antes no podía llorar y ahora lloro mucho”. Esto sugiere una mayor accesibilidad emocional, pero, sin embargo, en la octava sesión es cuando aparece un punto importante, donde la paciente logra conectar con su experiencia subjetiva en relación a algunos de sus conflictos relacionales y expresa de forma literal: “La voz de lo que yo quiero se pone tan bajita que dejo de escucharla”. Esto refleja un avance en relación a la toma de conciencia de las propias necesidades.

Asimismo, conforme progresaban las sesiones también se observó como la paciente pudo comenzar a reconocer sensaciones corporales específicas asociadas a situaciones que le habían causado malestar como: “Me daban arcadas y tenía dolor en el pecho”. Este momento también representa un aumento significativo respecto al contacto con la experiencia emocional y corporal.

Sin embargo, a lo largo del proceso terapéutico también han aparecido momentos caracterizados por la evitación o bloqueo, que resultan también relevantes. En la sexta sesión se observó una clara dificultad para conectar que se reflejó en verbalizaciones de la paciente como: “No sé qué contaros hoy”. Por otro lado, fuera de sesión también se han observado conductas como cancelación de citas con poca antelación o ausencia de respuestas a los mensajes que se asocian a conductas de corte evitativo y, que en sesiones posteriores la paciente ha descrito como: “Me abrumo y lo dejo”. Aun así, este patrón se ha considerado coherente con su tendencia evitativa ante situaciones que generan activación emocional.

En las fases finales del tratamiento, también se han observado cambios orientados a introducir un espacio entre emoción y conducta, concretamente en la doceava sesión donde la paciente describe situaciones recientes donde siente que ha logrado priorizar sus propias necesidades frente a las demandas de los demás. Esto podría interpretarse como una mejora en la capacidad de toma de decisiones conscientes, en comparación con el patrón inicial que se caracterizaba por ser más automático.

## ***10. Discusión***

Se podría afirmar que los resultados recogidos de este caso clínico están en línea con la literatura revisada. En primer lugar, subrayar que los hallazgos cualitativos y los datos cuantitativos se apoyan en la teoría del Modelo procesual de Gross, mostrando que las dificultades que presentaba la paciente no se debían a su respuesta emocional, sino se encontraban en etapas previas del procesamiento, de manera específica en la identificación y diferenciación de emociones. En este caso, la dificultad sobre la capacidad para identificar emociones daba lugar a la activación ansiosa, y de acuerdo al modelo modal de la emoción, es principalmente la dificultad para reconocer los estados internos lo que produce interferencia a la hora de evaluar una situación y afecta a su vez a la selección de estrategias de regulación adecuadas. Esto queda en línea con la conceptualización de Gross (2015) acerca de los desajustes en la secuencia emocional. En este sentido, este estudio de caso aporta una perspectiva clara de cómo la existencia de este tipo de dificultades no solo aparecen a nivel teórico por identificarlas en fases tempranas del procesamiento emocional, sino que podrían ser expresadas de manera verbal y explícita por el paciente, lo que permitiría observar el impacto real que tiene en su funcionamiento.

Los resultados obtenidos en relación a la alexitimia respaldan a Bagby et al. (1994) y Preece et al. (2018), quienes defienden que la existencia de dificultades en la identificación y expresión emocional no son consideradas un trastorno en sí mismo, sino más bien un factor de vulnerabilidad. Por otro lado, se observa también un avance en la transición de estrategias evitativas hacia formas más adaptativas que la paciente desarrolla respecto a la relación que mantiene con su experiencia interna. Esto resulta coherente con lo señalado por Aldao et al. (2010), quienes defienden que la regulación emocional actúa como factor transdiagnóstico, por lo que, en este sentido, la reducción de la sintomatología ansiosa podría interpretarse como consecuencia indirecta de la mejora en la regulación emocional, más que como objetivo abordado de forma directa. Y es justo lo que se observa en este caso, cómo la evitación experiencial puede expresarse de diferentes maneras, alguna socialmente reforzadas como es la sobrecarga de actividades o la disponibilidad constante para los demás.

A partir de la evolución observada y en línea con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), los resultados muestran que el patrón de evitación que en un primer momento actuaba como regulador a corto plazo, mantenía el malestar a medio/largo plazo. En fases finales del proceso, se evidencia una mayor capacidad para sostener la experiencia emocional sin necesidad de evitarla, es decir mayor flexibilidad psicológica, objetivo central dentro de la ACT. Por lo que tal y como plantea Hayes et al. (2006), los cambios no se han limitado a la reducción de síntomas, sino a una transformación de la relación entre la paciente y sus eventos internos, y haciendo uso de este tipo de enfoque no solo se ha concluido. Este estudio de caso aporta evidencia de ello, haciendo uso de un enfoque centrado en transformar la relación del individuo con su experiencia interna, se identifican no solo cambios a nivel emocional, sino también a nivel conductual.

Respecto a la evolución del funcionamiento interpersonal de la paciente, se hace uso del Triángulo Dramático de Karpman para interpretarlo. El posicionamiento de la paciente dentro del rol de salvadora, donde asumía y priorizaba las necesidades de otros frente a las suyas se ha mantenido generalmente estable durante el proceso, no obstante, también se han observado cambios en fases más tardías donde la paciente comienza a priorizar sus necesidades frente a las demandas ajenas, lo que sugiere que se ha dado un desplazamiento a posiciones más funcionales dentro del sistema relacional. Del mismo modo, los resultados son coherentes con lo planteado por Park et al. (2023), quienes indican que el apego inseguro se asocia no únicamente a dificultades relacionadas a la regulación emocional, sino además con una menor intensidad de la experiencia emocional. Es decir, la sensación de desconexión descrita por la paciente en múltiples momentos del proceso y su evolución, apoyan dicha relación, por lo que un mayor contacto con la experiencia favorecería la conexión.

### *10.1 Limitaciones*

Sin embargo, es necesario destacar varias limitaciones que ha presentado este caso, y que son relevantes en la interpretación de los resultados. En primer lugar, se han observado a lo largo de todo el proceso algunas cancelaciones de citas dentro de las 24 horas previas a tener las sesiones, algunos retrasos en la asistencia y un par de periodos de más de dos semanas sin sesión, lo cual ha podido afectar la intervención y en consecuencia a la consolidación de los cambios terapéuticos. No obstante, es importante

destacar que la baja adherencia no debe ser interpretada de manera exclusiva como limitación, sino además como indicador clínico, coherente con el patrón evitativo de funcionamiento de la paciente.

Por otra parte, y bien es cierto que la alianza terapéutica se ha establecido de manera adecuada, habiendo una relación de confianza y apertura más progresiva, sí que se han identificado a lo largo de las sesiones algunos momentos de menor implicación emocional, estas fluctuaciones han podido influir en el ritmo, lo que sugiere que el cambio terapéutico no ha sido lineal. Asimismo, la ausencia de un seguimiento a medio/largo plazo que proporcionaría no sólo una visión más estable de los cambios observados, sino también la posibilidad de observación si se dieran recaídas, sobre todo atendiendo a la persistencia de algunos patrones evitativos y relacionales.

Por otro lado, al ser un estudio de caso único limita en parte la generalización de los resultados a otros contextos o poblaciones, por el motivo principal de que los hallazgos se han interpretado según las características de la paciente y las particularidades del contexto. Por último, y en relación a lo expuesto, señalar la duración del periodo terapéutico como limitación, al haber sido relativamente breve, extendiéndose de noviembre de 2025 a mayo de 2026.

### *10.2 Recomendaciones para la práctica y la investigación*

A partir de los resultados obtenidos ha sido posible concluir que este estudio de caso consta de implicaciones relevantes para la intervención clínica. Como se ha observado en este caso, centrar la intervención sobre estrategias reguladoras sin que haya previamente una buena conciencia emocional es posible que resulte limitado, y por ello, se subraya la necesidad de priorizar los procesos de identificación emocional, sobre todo en paciente que presenten rasgos alexitímicos, y poder ofrecer un espacio para identificar, nombrar y diferenciar emociones.

Asimismo, destacar la utilidad de intervenciones centradas en la aceptación y el contacto con la experiencia interna, ya que, en este sentido, y con pacientes que presenten patrones evitativos, sería más interesante centrar el trabajo en la relación paciente-experiencia interna que en la eliminación directa de síntomas. En esta misma línea, se

considera relevante adaptar el ritmo del proceso terapéutico a las fluctuaciones que se puedan dar durante el mismo, en particular en el perfil evitativo. Además, se recomienda atender a las necesidades relacionales del paciente, en términos de patrones o de apego, ya que es posible que estén estrechamente relacionados al malestar. Y, por último, como se ha mencionado en un párrafo anterior, mantener la importancia de considerar la adherencia como posible variable clínica, y explorar si cumple alguna función dentro del contexto terapéutico.

En relación a futuras líneas de investigación, se proponen las siguientes recomendaciones. En primer lugar, la necesidad de integrar ambas metodologías, cuantitativas y cualitativas, cuya combinación es la que permite que se dé una comprensión amplia y completa del cambio terapéutico, concretamente de variables como la regulación emocional. En esta misma línea, el desarrollo de medidas de evaluación más sensibles para evaluar individuos que presenten dificultades asociadas al procesamiento emocional. Y, finalmente, se considera de importancia notable seguir desarrollando estudios de caso clínico que permitan analizar de manera completa y profunda la interacción entre las variables, pudiendo contribuir así a obtener una mayor comprensión de los fenómenos psicológicos.

### *10.3 Aprendizajes personales*

Gracias a la oportunidad que se me ha brindado en las prácticas y sobre todo la posibilidad de realizar un estudio de caso como TFM, me ha permitido profundizar mucho más no solo en lo que es un proceso terapéutico, sino en todo lo que hay detrás. A nivel clínico, un aprendizaje que me ha resultado imprescindible desarrollar ha sido el manejo de la evitación dentro del propio encuadre, sobre todo en relación a las cancelaciones y la adherencia; he comenzado a ver que no es necesario interpretarlo únicamente como resistencia o falta de motivación, que podría ser, si no de parar y entender estos aspectos como posibles partes del funcionamiento del paciente, para así poder trabajar con ellos como material clínico.

Otro gran aprendizaje ha sido una combinación entre respetar los tiempos del paciente y tolerar la incertidumbre. Considero que estos aspectos han jugado una posición muy importante en el proceso, permitiéndome entender que el cambio no suele ser lineal

y que son estas mismas fluctuaciones las que lo forman, mostrándome la necesidad de adoptar una mirada más flexible basada principalmente en la presencia y la escucha. Finalmente, agradezco poder aprender desde la experiencia, que considero es clave en el camino, además de la parte teórica que resulta siempre indispensable.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alonso-arbiol, I., Balluerka, N., & Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal relationships, 14*(1), 45-63.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research, 38*(1), 23-32.
- Daros, A. R., Haefner, S. A., Asadi, S., Kazi, S., Rodak, T., & Quilty, L. C. (2021). A meta-analysis of emotional regulation outcomes in psychological interventions for youth with depression and anxiety. *Nature human behaviour, 5*(10), 1443-1457. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01191-9>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26*(1), 41-54.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology, 2*(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry, 26*(1), 1-26.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy, 44*(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud, 19*(2), 139-156.
- Karpman, S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional analysis bulletin, 7*(26), 39-43.

- Park, Y., Sanscartier, S., Impett, E. A., Algoe, S. B., Leonhardt, N. D., Schrage, K., ... & MacDonald, G. (2023). Meta-analytic evidence that attachment insecurity is associated with less frequent experiences of discrete positive emotions. *Journal of Personality*, 91(5), 1223-1238. <https://doi.org/10.1111/jopy.12796>
- Picó-Pérez, M., Radua, J., Steward, T., Menchón, J. M., & Soriano-Mas, C. (2017). Emotion regulation in mood and anxiety disorders: A meta-analysis of fMRI cognitive reappraisal studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 79, 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.06.001>
- Preece, D., Becerra, R., Robinson, K., Dandy, J., & Allan, A. (2018). The psychometric assessment of alexithymia: Development and validation of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 132, 32-44.
- Sánchez, F. M. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y salud*, 7(1), 19.
- Zagaria, A., Vacca, M., Cerolini, S., Terrasi, M., Bacaro, V., Ballesio, A., ... & Lombardo, C. (2023). Differential associations of cognitive emotion regulation strategies with depression, anxiety, and insomnia in adolescence and early adulthood. *International journal of environmental research and public health*, 20(10), 5857.

## ANEXOS

### Anexo 1. Resolución Comité de Ética



Madrid, 2 de febrero de 2026

Dictamen 068/25-26

Para: Excmo. Vicerrector de Profesorado, Investigación e Inteligencia Artificial

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "ESTUDIO DE CASO: LA EXPERIENCIA EMOCIONAL FUERA DE FOCO", presentado por la alumna D<sup>a</sup>. Lola Contreras Vega en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de la persona participante en la investigación, la cual es una mujer mayor de edad que presenta dificultades psicológicas relevantes. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación la participante podrá mejorar su estado psicológico así como comprender mejor su funcionamiento emocional. No existen riesgos para la participante. La investigación no se efectúa con menores de edad. Todas las preguntas que se formulan resultan pertinentes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

La participante en el proyecto goza de autonomía para determinar si interviene o no en el mismo, siendo también informada de que en cualquier momento puede retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de la participante no resulte posible. La investigadora aporta autorización de la responsable del centro psicológico en el que se llevará a cabo el estudio. La investigación es conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.


*El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.*

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez  
Presidente

Dr. Raúl González Fabre  
Secretario

Anexo 2. Consentimiento informado

**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA  
ICAI ICARE CIBS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Estudio de caso.**

El objetivo de este estudio es analizar, desde un marco clínico basado en la evidencia, los procesos de identificación y regulación emocional, además de sintomatología ansiosa y estilo de apego de la paciente, con el objetivo último de comprender mejor su funcionamiento emocional y poder orientar la intervención de manera adecuada. Se trata de un estudio de caso único con fines académicos. El procedimiento consiste en la recopilación y análisis de información procedente de sesiones de intervención, así como la administración de cuestionarios estandarizados y validados científicamente.

Datos del participante/paciente: Yo [Redacted] (nombre y apellidos),  
con DNI [Redacted]

Declaro que:

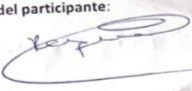
- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que posea. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón, sin tener que dar explicaciones, y sin que tenga ningún tipo de penalización, discriminación o efecto sobre mi tratamiento psicológico futuro


DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto y firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Y para que conste, firmo el presente documento en Madrid con fecha 14/01/22

Firma del participante: 

Firma del investigador: 

Nombre y apellidos: [Redacted]

Nombre y apellidos: Lola Contreras Vega

### Anexo 3. Declaración uso de herramientas de inteligencia artificial generativa

#### DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: "Estudio de caso: Dificultades en la regulación emocional y su relación con la ansiedad y la desconexión experiencial"

Autor/a: Lola Contreras Vega

DNI/Alumno/a: 77864278D

Nombre del Director/a de TFM: Sofia Rademaker-Municio

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Sofia Rademaker Municio

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: Chatgpt pro. Prompt utilizado: "Hazme una búsqueda de literatura científica sobre (las variables / Terapia Aceptación y Compromiso / Triángulo Dramático de Karpman / Modelo Procesual de Gross), preferiblemente revisiones sistemáticas o meta-análisis, en bases de datos científicas como Psycinfo y Pubmed"

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts]. Chatgpt pro. Prompt utilizado: "De este pdf que te adjunto, quiero que me organices la información para localizarla rápido en él y poder entenderla" "Resúmeme por apartados la información"

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts]. Chatgpt pro. Prompt utilizado: "

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

Otros (especificar): [\_\_\_\_\_]

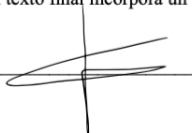
-Explica *qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.*

Cuando me proporcionaba los nombres de los artículos tras la búsqueda bibliográfica, yo lo buscaba por el nombre en Google Scholar para poder descargármelo y asegurarme que es lo que yo necesitaba, luego se lo volvía a mandar y le pedía que me organizase la información del pdf, con esto iba comparando lo que aparecía en el pdf y lo que me había dado la IA como resumen.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a: \_\_\_\_\_



Fecha 13/05/2026

1