



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025-2026

Trabajo Fin de Máster

**Aplicación de la Terapia Dialéctico-Conductual Radicalmente Abierta (DBT-RO)
en el tratamiento de pacientes adolescentes con Trastorno de la Conducta
Alimentaria: un estudio piloto**

Autora: Ana Gil López

Tutora: Yolanda Quiles Marcos

COIR: TFM.MPG.YQM.AGL.250613

Convocatoria: Enero 2026.

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan un problema de salud mental grave y de elevada prevalencia en mujeres adolescentes. A pesar de la eficacia de los tratamientos de primera línea, se han observado dificultades para mantener una recuperación sostenida en pacientes con un perfil restrictivo. El objetivo principal del estudio fue aplicar y evaluar los resultados de una intervención basada en la Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta (DBT-RO) en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Se realizó un estudio pre-experimental con un diseño pretest-posttest en el que participaron ocho mujeres diagnosticadas de TCA con una media de 14,88 años ($DT = 1,808$). El programa constó de seis sesiones grupales con frecuencia semanal. Las variables evaluadas fueron: rigidez cognitiva (NCC), sintomatología alimentaria (S-EDE-Q), flexibilidad cognitiva (CFI), evitación experiencial (AAQ-II), regulación emocional (ERQ-CA) y conectividad social (SCS-R). Los resultados mostraron diferencias significativas en la restricción alimentaria ($p=,01$), supresión emocional ($p=,001$) y la conexión social ($p=,008$). No se encontraron diferencias significativas en el resto de las variables evaluadas. En conjunto, estos resultados sugieren de manera preliminar la relevancia de utilizar la DBT-RO como intervención complementaria para la mejora de las dificultades en la conexión social, la expresión de sus emociones de forma adaptativa y la restricción alimentaria en pacientes adolescentes con TCA.

Palabras clave: Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta (DBT-RO); trastornos de la conducta alimentaria (TCA); sobrecontrol; adolescentes; intervención grupal.

Abstract

Eating disorders (ED) represent a serious mental health problem with a high prevalence in adolescent women. Despite the efficacy of first-line treatments, difficulties in maintaining sustained recovery have been observed in patients with a restrictive profile. The main objective of the study was to apply and evaluate the results of an intervention based on Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO-DBT) in adolescents with Eating Disorders (ED). A pre-experimental study with a pretest post-test design was conducted with eight women diagnosed with ED, with a mean age of 14.88 years ($SD = 1.808$). The program consisted of six weekly group sessions. The variables evaluated were cognitive rigidity (NCC), eating symptoms (S-EDE-Q), cognitive flexibility (CFI), experiential avoidance (AAQ-II), emotional regulation (ERQ-CA) and social connectivity (SCS-R). The results showed significant differences in food restriction ($p=.01$), emotional suppression ($p=.001$), and social connection ($p=.008$). No significant differences were found in the other variables assessed. Taken together, these results preliminarily suggest the relevance of using RO-DBT as a complementary intervention to improve difficulties in social connection, adaptive expression of emotions and food restriction in adolescent patients with ED.

Keywords: Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO-DBT); eating disorders (ED); overcontrol; adolescents; group intervention.

Introducción

En la actualidad, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se han convertido en una de las principales preocupaciones en el área de la salud mental, debido a su elevada prevalencia y a la creciente inquietud que generan, especialmente en la población adolescente (Julián y Carratalá-Ricart, 2023). De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013), entre los TCA más conocidos, se incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA). No obstante, también existen otras formas de presentación que, aunque no cumplen todos los criterios de los TCA típicos, generan igualmente un gran malestar. Estos cuadros clínicos se engloban dentro de la categoría de “otros trastornos de la conducta alimentaria especificados”. Además, el DSM-5 (APA, 2013) reconoce una categoría llamada “trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)”, que incluye aquellos casos que no encajan del todo en las clasificaciones anteriores, pero que igualmente generan una alteración significativa en la conducta alimentaria y requieren atención clínica especializada.

Estas patologías generan consecuencias adversas que repercuten en las diferentes dimensiones del bienestar, incluyendo los ámbitos físico, psicológico, social y familiar (Fairburn, 2008). De acuerdo con Treasure et al. (2020) e Iwajomo et al. (2021), los TCA son trastornos mentales graves e incapacitantes, con una de las tasas de mortalidad más elevadas entre las patologías psiquiátricas. Este tipo de trastornos puede provocar un amplio rango de afectaciones físicas, abarcando desde alteraciones hormonales, problemas cardiovasculares u osteoporosis, hasta afectaciones multisistémicas como debilitamiento muscular, trastornos digestivos, deterioro cognitivo y daño bucodental (Berny Hernández et al., 2020). Al mismo tiempo que se presentan consecuencias

emocionales como depresión, ansiedad, aislamiento social, vergüenza, culpa y baja autoestima (Uribe Gómez et al., 2024).

Además, la evidencia empírica muestra que estos trastornos tienden a persistir en el tiempo, lo que pone de manifiesto su carácter crónico (Tomba et al., 2019). Esta prolongación en el curso clínico tiene repercusiones importantes en la salud y en la calidad de vida, no solo para quienes lo experimentan, sino también para sus familiares y cuidadores, generando un impacto considerable en el entorno social y en el sistema sanitario (Van Hoeken y Hoek, 2020).

Los TCA representan la tercera enfermedad de larga evolución más común entre la población joven y uno de los diagnósticos más prevalentes entre las mujeres adolescentes (Gaete y López, 2020; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 2018). Su aparición suele darse a edades cada vez más tempranas, en parte como consecuencia de la creciente importancia atribuida a la apariencia física, la sobrevaloración de la delgadez y la presión asociada a los cánones de belleza promovidos por la sociedad (Rojo-Moreno et al., 2015; Trompeter et al., 2023).

En cuanto a su prevalencia, se estima que en España los TCA afectan a entre el 4 y el 6% de las mujeres, frente a aproximadamente un 1% de los hombres (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 2018). Mientras que, en Europa, la cifra se sitúa en torno al 2,2 % (Arija-Val et al., 2022). Si bien los TCA pueden aparecer en cualquier momento de la vida, el riesgo es especialmente elevado en la adolescencia, particularmente entre los 13 y los 17 años (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017).

La etiología de los TCA es compleja y multifactorial, resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, conductuales y socioambientales (Bakalar et al., 2015; Schaumberg et al., 2017). Desde la perspectiva biológica, se ha observado la

influencia genética en trastornos como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Sin embargo, todavía no se han identificado variantes genéticas específicas que expliquen su aparición (Schaumberg et al., 2017, como se citó en Gaete y López, 2020). También, factores fisiológicos como la pubertad y la malnutrición, junto con alteraciones neurobiológicas en los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, así como en los circuitos cerebrales que regulan la recompensa y el autocontrol, desempeñan un papel fundamental en la aparición y el desarrollo de los TCA (Bakalar et al., 2015; Schaumberg et al., 2017).

En el ámbito psicológico, se han identificado algunas características que actúan como predictores tanto del inicio como del mantenimiento de estos trastornos. Entre ellas se encuentran el perfeccionismo, la baja autoestima, la presencia de afecto negativo (como depresión, ansiedad o culpa), la falta de regulación emocional, la insatisfacción corporal y la preocupación excesiva por el peso y la alimentación (Frieiro et al., 2022; Jacobi et al., 2017; Stice et al., 2017; Trompeter et al., 2023). Asimismo, conductas como seguir dietas muy estrictas o severas representan un factor de riesgo importante para el desarrollo de los TCA (Stice et al., 2017).

Finalmente, en el ámbito sociocultural, distintos factores tienen un impacto importante en la aparición y el mantenimiento de los TCA. La exigencia por conseguir un ideal de delgadez promovido por modelos culturales occidentales, los comentarios o burlas sobre el peso y los conflictos familiares son experiencias que afectan sobre todo a mujeres adolescentes y adultas jóvenes (Bustinzar et al., 2023). También es importante reconocer el papel que juegan los medios de comunicación y las redes sociales. Tal como señalan Mills et al. (2018), el uso continuado de estas plataformas se asocia generalmente con una mayor insatisfacción con la apariencia física, un fuerte deseo por estar más delgada y preocupaciones excesivas sobre la imagen corporal.

Los TCA rara vez aparecen de forma aislada. En la mayoría de los casos se presentan junto a otras condiciones psiquiátricas y médicas, lo que aumenta de forma significativa la gravedad del cuadro clínico y puede complicar el pronóstico del tratamiento (Arija-Val et al., 2022). Entre las comorbilidades más habituales de los TCA se encuentran los trastornos de ansiedad (Rojo-Moreno et al., 2015) y depresión (Godart et al., 2015). También se observa una elevada incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo (Drakes et al., 2021), conductas autolesivas, ideación suicida (Ahn et al., 2019), consumo de sustancias psicoactivas (Bahji et al., 2019) y especialmente a partir de la adolescencia, los trastornos de la personalidad (Arija-Val et al., 2022; Molina-Ruiz et al., 2019).

Esta complejidad clínica subraya la necesidad de un tratamiento con un enfoque individualizado y centrado en la persona, con intervenciones adaptadas a la edad, la gravedad del cuadro clínico y el contexto psicosocial de cada paciente (NICE, 2017). Además, se enfatiza en la importancia de que el tratamiento sea dirigido por un equipo multidisciplinar especializado que garantice una atención continuada y adaptada a las necesidades cambiantes del paciente, así como mejores resultados de salud a largo plazo y ahorros en los costes futuros (NICE, 2017).

Para los adolescentes con anorexia nerviosa, como tratamiento de primera elección se destaca la terapia basada en la familia (Family Based Treatment, FBT; Lock y Le Grange, 2005). Este enfoque reconoce el papel crucial que tienen las familias y los cuidadores en la recuperación, además de promover su participación activa como agentes de cambio en el entorno natural del adolescente (Couturier et al., 2020; Lock y Le Grange, 2019; Peterson et al., 2020). En segundo lugar, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) también ha mostrado eficacia, con grado B de recomendación (Fonseca-Pedrero et al., 2021).

En el caso de los adultos, el tratamiento de primera elección es la TCC, centrada en la modificación de los patrones de pensamiento y comportamiento asociados con los TCA (Fairburn, 2008). Dicho enfoque ha demostrado eficacia en la mejora de la sintomatología alimentaria, el incremento del peso corporal y la reducción del malestar psicológico (NICE, 2017).

A pesar de la eficacia demostrada en el tratamiento de los TCA especialmente mediante enfoques como la TCC o la FBT, un número significativo de casos especialmente en subtipos restrictivos como la AN, no logra una recuperación sostenida (Treasure et al., 2020). Esta limitación ha impulsado la investigación de intervenciones terapéuticas que aborden dimensiones menos consideradas, como el sobrecontrol emocional, el perfeccionismo, la rigidez cognitiva, la inhibición afectiva y las dificultades en la vinculación interpersonal, rasgos característicos en pacientes con TCA que pueden contribuir a su mantenimiento (Baudinet et al., 2020).

En este contexto, la Terapia Dialéctica Conductual Radicalmente Abierta (DBT-RO), desarrollada por Lynch (2018), se presenta como una alternativa para abordar trastornos caracterizados por un control inhibitorio excesivo. A diferencia de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) estándar, centrada en la desregulación emocional, la DBT-RO está enfocada para personas con patrones de rigidez conductual, baja receptividad y apertura, inhibición emocional y dificultades en la conectividad social e intimidad con los demás (Lynch, 2018). Estos rasgos de sobrecontrol son elementos centrales en el origen de patologías crónicas o resistentes, como los TCA, los trastornos afectivos y de ansiedad, y los trastornos de personalidad (Gilbert et al., 2020).

El tratamiento en DBT-RO se centra en la apertura radical. Animando a las personas a indagar, a aceptar las emociones incómodas, y practicar una mayor espontaneidad y relajación. Así como a expresarse, relacionarse con una mayor libertad

y aprender tanto de la retroalimentación como de la vulnerabilidad propia y de los demás (Gilbert et al., 2020; Lynch et al., 2015). La DBT-RO está manualizada (Lynch, 2018) y diseñada para tener una estructura de treinta sesiones semanales, combinando sesiones de entrenamiento en habilidades tanto grupales como individuales, además de entrenamiento telefónico como una opción adicional.

El objetivo de la DBT-RO es trabajar factores que están detrás del sobrecontrol desadaptativo: comportamiento muy detallista y cauteloso; comportamiento rígido y regulado; expresión emocional inhibida; conexión y relaciones sociales distantes; y comparación social y envidia (Gilbert et al., 2020; Hatoum y Burton, 2024; Lynch et al., 2015). Además, la postura del terapeuta es menos directiva, lo que fomenta una mayor independencia de acción y de pensamiento en los participantes (Lynch, 2018).

La DBT-RO está diseñada para ayudar a un amplio abanico de trastornos caracterizados por un exceso de control que termina no siendo saludable y es limitante, señalando el enfoque transdiagnóstico del tratamiento (Hatoum y Burton, 2024). La evidencia empírica procedente de diversos estudios e investigaciones ha respaldado la eficacia de este novedoso tratamiento (Sainz-Maza Fernández, 2022).

Con la aplicación de la DBT-RO, Isaksson et al. (2021) realizaron un estudio con trece mujeres adultas diagnosticadas con AN y rasgos de sobrecontrol, utilizando un diseño experimental de línea base múltiple. Los resultados mostraron que el 62% alcanzaron la remisión completa tras la intervención, observando mejoras significativas en la flexibilidad cognitiva, la autoestima, la expresividad emocional y la reducción del perfeccionismo. Adicionalmente, Isaksson et al. (2021) también llevaron a cabo un estudio cualitativo que evaluó las experiencias de once pacientes con diagnóstico de AN. Tras su participación en la DBT-RO los resultados indicaron un incremento de la conexión social y la reducción de síntomas relacionados con el sobrecontrol y el TCA.

La implementación de la DBT-RO también se ha realizado en pacientes adolescentes con TCA. En particular, el estudio de Baudinet et al. (2021) mostró que, tras la aplicación de esta terapia, hubo progresos en indicadores relacionados con el sobrecontrol desadaptativo, como la disminución de la inflexibilidad cognitiva, la aversión al riesgo y la supresión emocional. Además, se mostró un aumento en la calidad del apego, el nivel de conexión social y el uso de estrategias más adaptativas de regulación emocional.

En el estudio de casos de Baudinet et al. (2020) con adolescentes con TCA de tipo restrictivo, la DBT-RO se asoció con reducciones significativas en la sintomatología alimentaria, los síntomas depresivos, la inflexibilidad cognitiva, el retraimiento social y la supresión emocional. Asimismo, se registró un incremento en el placer, la sensibilidad a la recompensa y la conexión interpersonal.

Por otro lado, un estudio cualitativo de los mismos autores expuso que las adolescentes con AN percibían la DBT-RO como una intervención útil para ampliar sus perspectivas, promover la flexibilidad y fortalecer los vínculos sociales (Baudinet et al., 2022).

En base a lo expuesto, y dada la escasez de estudios en los que se haya evaluado y aplicado la DBT-RO en adolescentes con un TCA, el presente estudio tiene como objetivo general: aplicar y evaluar los resultados de una intervención basada en la Terapia Dialéctica Conductual Radicalmente Abierta (DBT-RO) en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). En este sentido, se plantea como hipótesis general que los/as adolescentes que participen en la intervención grupal experimentarán una mejora significativa en la sintomatología alimentaria, así como un incremento en la flexibilidad cognitiva, la apertura a nuevas experiencias, la regulación emocional

adaptativa y la conectividad social, en comparación con su evaluación previa al tratamiento.

Método

Participantes

En este estudio participaron 8 pacientes adolescentes con un TCA atendidas en régimen de hospital de día en un centro especializado en el abordaje integral de los TCA. La edad estuvo comprendida entre los 12 y 17 años ($M = 14,88$ años; $DT = 1,808$). Los criterios de inclusión fueron: pacientes adolescentes con diagnóstico de TCA en tratamiento, que completaron el programa y realizaron las evaluaciones pre y post test. Por otro lado, se excluyeron aquellas participantes que no completaron las evaluaciones, abandonaron la intervención antes de finalizar o fueron derivadas a otra fase del tratamiento o recursos externos durante el desarrollo del estudio.

El tamaño muestral se justifica tanto por el diseño del estudio como por el contexto clínico en el que se llevó a cabo, donde el acceso a la población fue limitado y el grupo de referencia estaba formado por este número de participantes.

Variables e instrumentos

Para la recogida de las variables sociodemográficas y clínicas se utilizó un cuestionario elaborado *ad-hoc* (véase anexo I). La información fue facilitada por la psicóloga responsable de cada participante, registrando información sobre el diagnóstico, la edad, el nivel educativo y el índice de masa corporal (IMC).

Eating Disorder Examination (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994). Para la evaluación de la sintomatología alimentaria se utilizó la adaptación española (S-EDE-Q) validada por Peláez-Fernández et al. (2013), compuesta por cuatro subescalas (restricción

alimentaria, preocupación por el peso, la figura y por la comida) distribuidas en 38 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 7 puntos. Esta adaptación ha presentado propiedades psicométricas adecuadas, con una consistencia interna aceptable para las cuatro subescalas ($\alpha \geq .81$).

Test de Necesidad de Cierre Cognitivo (NCC; Webster y Kruglanski, 1994). Para medir la rigidez cognitiva se empleó la versión española de Horcajo et al. (2011), compuesta por 14 ítems con respuestas en una escala Likert de 6 puntos. Evalúa dos dimensiones: la urgencia por conseguir un conocimiento determinado referente a la búsqueda de respuestas inmediatas ante un problema o situación de incertidumbre. Y la permanencia de ese conocimiento o el deseo de mantener dicho cierre, evitando nueva información que pueda cuestionarlo. La fiabilidad es adecuada, con un alfa de Cronbach de 0.79 para la puntuación total, 0.79 para la subescala de urgencia y 0,70 para la de permanencia (Horcajo et al., 2011).

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross y John, 2003). La regulación emocional se midió utilizando la versión española para niños y adolescentes (ERQ-CA; Gullone y Taffe, 2012; Pastor et al., 2019), formada por 10 ítems en una escala tipo Likert de 7 puntos que evalúa dos factores: la supresión emocional y la reevaluación cognitiva. Este cuestionario ha demostrado ser fiable y estable, con una consistencia interna de $\alpha = .83$ en la escala de reevaluación cognitiva y de $\alpha = .75$ en la escala de supresión (Navarro et al., 2018).

Inventario de Flexibilidad Cognitiva (CFI; Dennis y Vander Wal, 2010). La flexibilidad cognitiva se evaluó mediante 20 ítems en una escala tipo Likert de 7 puntos. Este instrumento mide dos dimensiones: las alternativas o capacidad adaptativa para percibir diferentes explicaciones ante un problema y el control o tendencia a percibir situaciones difíciles como controlables. Su fiabilidad es adecuada, con un alfa de

Cronbach de 0.91 para la subescala de alternativas y 0.86 para la de control (Dennis y Vander Wal, 2010; Jaén et al., 2024).

Escala de Conexión Social Revisada (SCS-R; Lee et al., 2001; Moran et al., 2022). Compuesta por 20 ítems que evalúan el sentimiento de cercanía interpersonal y conexión con los demás mediante una escala Likert de 6 puntos. Presenta adecuadas propiedades psicométricas, confirmando su estructura unidimensional y una alta consistencia interna ($\omega = .92$) (Moran et al., 2022).

Cuestionario de Aceptación y Acción – II (AAQ-II; Bond et al., 2011; Ruiz et al., 2013). Para valorar la evitación experiencial/apertura a nuevas experiencias se empleó la adaptación española de Ruiz et al. (2013), compuesta por 7 ítems con escala Likert de 7 puntos. Este instrumento mide la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, mostrando buenas propiedades psicométricas, con alta consistencia interna (entre $\alpha = .75$ y $\alpha = .93$), estructura unifactorial y adecuada validez discriminante y externa (Ruiz et al., 2013).

Por último, para evaluar la satisfacción de las participantes con el programa se diseñó un cuestionario *ad-hoc* (véase anexo II) compuesto por 10 ítems con formato de respuesta en una escala Likert de 5 puntos.

Diseño y procedimiento

El presente estudio empleó un diseño pretest-posttest con un solo grupo (diseño pre-experimental).

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos referidos al estudio con personas, previamente aprobado por el Comité de Ética de Isabial y la Oficina de Investigación Responsable de la UMH (TFM.MPG.YQM.AGL.250613).

La recogida de información tuvo lugar durante los meses de octubre y noviembre de 2025 en el centro CREA. Antes de cumplimentar los cuestionarios, tanto los tutores legales como las participantes recibieron información sobre el estudio y el tratamiento de los datos. Asimismo, se obtuvo el consentimiento voluntario e informado mediante la firma del documento correspondiente.

El programa consistió en seis sesiones semanales de 90 minutos, desarrolladas a lo largo de dos meses. Las sesiones fueron impartidas por dos profesionales de la psicología formados en la DBT-RO en formato grupal, realizándose en la misma franja horaria todos los lunes. La implementación del programa se llevó a cabo de manera complementaria a las sesiones psicológicas, psiquiátricas y nutricionales que cada paciente recibía en el centro.

El manual original de la DBT-RO (Lynch, 2018) propone un programa completo de aproximadamente treinta sesiones. Este estudio optó por una adaptación abreviada de seis sesiones, acorde con el carácter exploratorio y piloto de la investigación. La reducción del número de sesiones permitió implementar el programa en un formato breve y ajustado a las limitaciones prácticas del contexto clínico.

La elección del contenido de las sesiones se basó en los principios de la DBT-RO orientados a trabajar los patrones de sobrecontrol característicos de los TCA (Lynch, 2018). El programa se centró en cuatro áreas clave: la falta de apertura a la experiencia, el control inflexible, la inhibición de la expresión emocional y las dificultades en la conexión social (Lynch, 2018; Sainz-Maza Fernández, 2022). Siguiendo este enfoque, se diseñaron las siguientes sesiones: la primera sesión promovió la búsqueda y la aceptación de nuevas experiencias; la segunda y tercera sesión fomentaron la flexibilidad emocional y cognitiva, reduciendo la rigidez y la inhibición emocional; la cuarta sesión trabajó la

toma de conciencia sobre el impacto del sobrecontrol; la quinta y sexta sesión promovieron la expresión auténtica, la señalización social y la apertura interpersonal.

Las actividades seleccionadas para cada sesión corresponden a las lecciones y fichas originales del manual (Lynch, 2024), cada una relacionada de forma específica con los objetivos planteados, permitiendo intervenir directamente en los patrones de sobrecontrol identificados en los TCA (véase en la tabla 1).

Tabla 1

Resumen del contenido de las sesiones

Sesión	Objetivos	Materiales
1. Evaluación inicial.	Recoger datos previos a la intervención e informar a los participantes sobre el programa.	Consentimiento informado, hoja de información al paciente y batería de cuestionarios.
2. Apertura radical.	Introducir la apertura radical y fomentar la autoindagación y el aprendizaje de emociones y experiencias propias.	Lección 1: Apertura Radical (Lynch, 2024). Fichas 1.1, 1.2, 1.A y 1. B.
3. Mente rígida/mente fatalista.	Identificar patrones de pensamiento rígido/fatalista y practicar respuestas más flexibles.	Lección 11: Estados mentales sobrecontrolados (Lynch, 2024). Fichas 11.1, 11.2 y 11.3
4. Entendiendo las emociones.	Promover una relación flexible y abierta con las emociones,	Lección 6: ¿Cómo nos ayudan las emociones? (Lynch, 2024).

	conociendo su función y	Fichas 6.1, 6.2 y 6. A.
	cuestionando mitos.	
5. Comprendiendo el	Comprender el origen y el	Lección 7: Comprender el
sobrecontrol	impacto emocional y social del	sobrecontrol (Lynch, 2024).
	sobrecontrol.	Fichas 7.1, 7.A y 7. B.
6. Conectividad	Reconocer la importancia del	Lección 8: La tribu importa
social I.	vínculo social y comprender el	(Lynch, 2024).
	rechazo y las emociones	Fichas 8.1 y 8.4.
	autoconscientes.	
7. Conectividad	Fomentar la apertura	Lección 9: ¡La Señalización
social II.	interpersonal mediante la	Social Importa! (Lynch,
	expresión social y la	2024).
	señalización abierta.	Fichas 9.1 y 9.2.
8. Evaluación final.	Recoger datos post-	Batería de cuestionarios.
	intervención y valorar la	
	satisfacción con el programa.	

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables. Posteriormente, se evaluó la normalidad de las distribuciones mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($N = 8$). Una vez confirmado que las variables seguían una distribución normal, se aplicó la prueba *t de Student* para muestras relacionadas con el fin de comparar las puntuaciones pre y post intervención.

Resultados

En el presente estudio participaron ocho pacientes con un diagnóstico de TCA, todas ellas mujeres. La edad media fue de 14,88 años ($DT = 1,80$). En relación con el nivel educativo, el 62,5% cursaban el Bachillerato, y la Educación Secundaria Obligatoria el 37,5%. El diagnóstico principal fue la AN de tipo restrictivo (87,5%), aunque también se registró un caso de TCANE (12,5%). Por último, en relación con el IMC, destacó el bajo peso (50%), seguido del severo infrapeso (37,5%) y, por último, el peso normal (12,5%).

Tabla 2

Puntuaciones pre-post intervención de las variables evaluadas

	Pre		Post		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
AAQ-II (total)	34,63	6,96	31,88	9,17	1,29	0,23	0,45
CFI (total)	84,13	14,23	79,5	14,63	1,78	0,11	0,63
ERQ-CA							
Supresión	14,43	7,07	4,00	1,51	5,09*	0,00	1,80
Emocional							
Reevaluación	19,27	8,44	21,10	8,35	-1,14	0,28	-0,40
Cognitiva							
SCS-R (total)	67,38	17,34	75,00	20,54	-3,66*	0,00	-1,29
NCC (total)	49,25	7,55	47,50	8,29	0,77	0,46	0,27
S-EDE-Q							
Restricción	3,36	1,82	2,17	1,550	3,37*	0,01	1,19
alimentaria							

Preocupación comida	3,10	1,40	2,47	1,72	1,42	0,19	0,50
Preocupación figura corporal	4,64	1,26	4,21	1,67	1,34	0,22	0,47
Preocupación peso	3,65	1,36	3,30	1,66	0,77	0,46	0,27
IMC	17,57	1,98	17,97	1,94	3,26	0,14	-1,15

Nota. La tabla presenta los resultados de la prueba *t de Student* para muestras relacionadas. $*p < 0.05$

Se observaron cambios estadísticamente significativos entre las evaluaciones pre y post intervención en varias de las escalas y subescalas (véase Tabla 2).

En relación con la conexión social (SCS-R), se obtuvieron diferencias significativas ($t = -3,66$; $p = 0,008$) con un tamaño del efecto grande ($d = -1,29$).

En las escalas del instrumento ERQ-CA, cuyo objetivo es evaluar la regulación emocional, se encontró una disminución significativa en las puntuaciones de la supresión emocional ($t = 5,09$; $p = 0,001$) con un tamaño del efecto grande ($d = 1,80$), lo que se supone una disminución de la regulación desadaptativa. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en la subescala de reevaluación cognitiva.

Respecto a la evaluación de la sintomatología alimentaria mediante el instrumento S-EDE-Q, la subescala restricción alimentaria presentó una disminución estadísticamente significativa ($t = 3,37$; $p = 0,01$) con un tamaño del efecto grande ($d = 1,192$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el resto de las subescalas.

En cuanto al resto de variables evaluadas, no se encontraron diferencias significativas. A pesar de ello, cabe señalar una disminución en las puntuaciones de las escalas del CFI, NCC y AAQ-II, con tamaños del efecto mayoritariamente pequeños.

Con respecto al IMC, tampoco se observaron diferencias significativas entre las evaluaciones pre y post. Las medidas se mantuvieron estables sin observarse cambios relevantes en las participantes ($t = 3,26$; $p = 0,14$).

Finalmente, el análisis descriptivo de los resultados del cuestionario de satisfacción mostró una valoración general positiva del programa. Las participantes indicaron que el programa les ayudó a entender mejor sus emociones, reconocer el impacto que tiene la rigidez en ellas, expresar sus emociones de forma más auténtica y aumentar su motivación para poner en práctica las habilidades aprendidas. No obstante, algunos ítems obtuvieron puntuaciones más bajas. En concreto los que están relacionados con la flexibilidad ante situaciones inesperadas o difíciles y la evitación de emociones incómodas. Respecto a los ítems de satisfacción general con el programa (expectativas cumplidas y recomendación del programa) las medias también señalaron una valoración positiva (véase en la Tabla 3).

Tabla 3

Resultados del cuestionario de satisfacción

Ítem	Media	DT
1. ¿Las sesiones te han ayudado a entender mejor tus reacciones emocionales y por qué aparecen?	3,75	,88
2. ¿Te han ayudado a darte cuenta de cómo el exceso de control o la rigidez pueden causarte dificultades?	4,13	,83
3. ¿Han sido útiles para aprender estrategias para manejar tus emociones en el día a día?	3,38	,74
4. ¿Te sientes más dispuesta a compartir tus pensamientos y emociones auténticas con los demás?	3,88	1,12

5. ¿Crees que ahora puedes pensar de forma más flexible ante situaciones inesperadas o difíciles?	2,50	1,06
6. ¿Has notado que ahora evitas menos situaciones o emociones que antes te resultaban incómodas?	2,63	,91
7. ¿Consideras que han sido útiles para mejorar tu conexión con los demás?	3,38	,74
8. ¿Ha aumentado tu motivación para poner en práctica las habilidades aprendidas?	3,63	1,18
9. En general, ¿las sesiones han cumplido tus expectativas?	3,75	,70
10. ¿Recomendarías este programa a otra persona que tenga dificultades similares?	4,13	,64

Nota. Las puntuaciones siguen una escala tipo Likert con un rango de respuesta entre 1 (mínimo) y 5 (máximo).

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue aplicar una adaptación de la DBT-RO en adolescentes con diagnóstico de TCA, así como analizar si se producían cambios en las variables: rigidez cognitiva, sintomatología alimentaria, regulación emocional, flexibilidad cognitiva, apertura a nuevas experiencias y conectividad social.

En relación con la escala de conexión social del SCS-R, los resultados mostraron diferencias significativas, indicando una mejora en la percepción de la conectividad social de las participantes. Estos resultados son similares a los de Baudinet et al. (2021), quienes observaron que, tras la intervención con DBT-RO, las adolescentes presentaban una reducción del retraimiento percibido, un aumento de la conexión social y un incremento de la confianza. Asimismo, Baudinet et al. (2022) destacaron que este tratamiento

favorecía la construcción de conexiones sociales. Estos resultados plantean que la aplicación de la DBT-RO puede ayudar a estas pacientes a reducir la soledad emocional característica de este perfil de pacientes, y a favorecer la capacidad para establecer y mantener relaciones sanas (Hempel et al., 2018). Este aumento de conectividad social observado en este estudio podría interpretarse como un indicador positivo asociado a la recuperación y al bienestar psicológico en estas pacientes.

Respecto a la sintomatología alimentaria, la subescala de restricción alimentaria del S-EDE-Q presentó diferencias estadísticamente significativas. Estos datos coinciden con los del estudio de Baudinet et al. (2020), quienes observaron reducciones en la sintomatología propia de los trastornos alimentarios en adolescentes tras la aplicación de la DBT-RO. Así como con los de Lynch et al. (2013), quienes demostraron una disminución de la restricción alimentaria posterior a una intervención basada en la DBT-RO. Estos resultados sugieren que la presente intervención no solo tiene impacto en los aspectos emocionales y sociales asociados, sino que también puede producir cambios en la conducta alimentaria. Esta mejora resulta significativa ya que los patrones de restricción alimentaria suelen asociarse a un mayor riesgo de cronificación, una peor calidad de vida y al riesgo de recaídas, con resultados clínicos negativos cuando se mantienen dichas conductas restrictivas (Avila-Parcet et al., 2025). En este sentido, esta reducción podría interpretarse como un indicador de cambio y de progreso hacia patrones alimentarios más adaptativos (Baudinet et al., 2020).

Referente a la subescala de supresión emocional del ERQ-CA, se observaron diferencias estadísticamente significativas, esto indica que las participantes disminuyeron la tendencia a inhibir o reprimir sus emociones. Estos resultados son semejantes a los de Baudinet et al. (2021), quienes destacaron que, aunque el uso de la supresión de la expresión emocional disminuyó, la reevaluación cognitiva, es decir, el uso de estrategias

cognitivas más adaptativas para regular las emociones se mantuvo estable. De forma complementaria, Baudinet et al. (2020) señalaron que, al finalizar el tratamiento, las adolescentes mostraban una menor dependencia de la inhibición de su expresión emocional para gestionar sus emociones y presentaban una mayor capacidad de expresión emocional. Por lo tanto, la reducción de la supresión emocional observada en el presente estudio podría relacionarse con una mejora de la salud psicológica y con ello un pronóstico más positivo. Este cambio es un indicador importante en el progreso terapéutico, ya que incluye una disminución del sobrecontrol emocional.

La intervención basada en la DBT-RO no ha evidenciado resultados significativos en las demás variables. Sin embargo, los datos apuntan a un cambio positivo en el resto de las dimensiones evaluadas.

Esta ausencia de cambios en algunas de las variables evaluadas como son la apertura experiencial, la flexibilidad y la rigidez cognitiva podría interpretarse a través del modelo teórico de la DBT-RO, el cual plantea que los cambios terapéuticos en personas donde predomina el sobrecontrol suelen producirse de forma progresiva (Lynch et al., 2015). Además, la apertura se considera más estable y menos sensible a cambios tempranos, ya que es un rasgo de personalidad duradero que tiende a cambiar de forma gradual y que necesita intervenciones más intensas para mostrar mejoras significativas (Bleidorn et al., 2022). La investigación también destaca que no existe una sola forma de medir la rigidez o la flexibilidad cognitiva, ya que ambas variables están relacionadas con procesos transdiagnósticos. Por tanto, los cambios tempranos en estas variables pueden ser difíciles de detectar y dependen en gran medida del instrumento empleado y del enfoque de la intervención. Sin embargo, esto no significa que no haya un efecto clínico, sino que los cambios no se reflejan de forma inmediata en dichas variables (Morris y Mansell, 2018).

Además, se incluyó el IMC debido a su importancia clínica en pacientes con diagnóstico de anorexia. Aunque no se observaron diferencias significativas, esto podría estar relacionado con lo señalado en el estudio de Lynch et al. (2013) que destaca la necesidad de programas de DBT-RO más prolongados como los ingresos hospitalarios de larga duración, para alcanzar un incremento significativo.

El estudio presenta una serie de limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, cabe destacar la ausencia de un grupo control que permita comparar los resultados, así como el tamaño muestral reducido, lo cual limita la generalización. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones se realicen con ensayos clínicos con un mayor tamaño muestral. Asimismo, habría resultado interesante realizar un estudio longitudinal que permitiera hacer un seguimiento y comprobar si los cambios observados se mantienen en el tiempo.

En segundo lugar, el diagnóstico predominante de la muestra, centrado en la AN de tipo restrictivo, reduce la posibilidad de generalizar los resultados al resto de diagnósticos. En este sentido, sería aconsejable que las investigaciones posteriores contemplen muestras más diversas y representativas.

Otra limitación se refiere al uso de medidas de autoinforme, las cuales pueden introducir sesgos. Además, algunas de las escalas empleadas no cuentan con una adaptación para población adolescente: AAQ-II (Bond et al., 2011), SCS-R (Lee et al., 2001), NCC (Webster y Kruglanski, 1994) y CFI (Dennis y Vander Wal, 2010). No obstante, han sido empleadas en investigaciones recientes (Baudinet et al., 2020; John et al., 2025; Montenegro-Espinosa et al., 2025; Ortega-Martín et al., 2021), lo que respalda parcialmente su aplicación en el presente estudio. Aun así, los resultados deben ser interpretados con prudencia.

Asimismo, al tratarse de un estudio piloto, no se aplicó el protocolo completo de la DBT-RO original, que comprende treinta sesiones. Dado que la duración fue de seis sesiones es posible que no se dedicara el tiempo suficiente a practicar las habilidades y observar cambios más significativos. También, resulta relevante señalar que el estudio se llevó a cabo en el contexto de un centro de día, donde las pacientes recibían simultáneamente otros tratamientos. Esto supone que los datos deben ser interpretados con precaución, considerando la posible interacción entre las distintas intervenciones.

Por último, es importante enfatizar que la evidencia empírica sobre la aplicación de la DBT-RO en adolescentes con diagnóstico de TCA continúa siendo limitada y procede principalmente del grupo de investigación de Baudinet et al. (2020; 2021; 2022; 2025). Esto pone de manifiesto la necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de los tratamientos psicológicos para los TCA, así como ampliar la evidencia en población adolescente, especialmente en programas centrados en la DBT-RO (Hatoum y Burton, 2024).

A pesar de las limitaciones consideradas, este estudio apoya la idea de que la intervención basada en DBT-RO podría ser un tratamiento alternativo y complementario de apoyo a las jóvenes en la recuperación de los trastornos alimentarios, en sus dificultades en la conexión social y la mejora de la expresión de sus emociones de forma adaptativa (Baudinet et al., 2020).

Referencias

- Ahn, J., Lee, J. H. y Jung, Y. C. (2019). Predictors of Suicide Attempts in Individuals with Eating Disorders. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(3), 789–797. <https://doi.org/10.1111/sltb.12477>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed.; American Psychiatric Association Publishing: Washington, DC, USA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Arija-Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J. y Rodríguez Martín, A. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrición hospitalaria: órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 39(Spec2), 8–15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Avila-Parcet, A., Martín-Blanco, A., Gawron, L., Cano, M., Peña-Arteaga, V. D. la, Carceller-Sindreu, M., Soler, J., Portella, M. J., Faustino, G., Cardoner, N. y Carmona I Farrés, C. (2025). Evaluating the efficacy of radically open dialectical behavior therapy (RO-DBT) in patients with anorexia nervosa: study protocol for a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 25(1), 403. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06854-9>
- Bahji, A., Mazhar, M. N., Hudson, C. C., Nadkarni, P., MacNeil, B. A. y Hawken, E. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 273, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.007>
- Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M. y Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 42. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0585-x>

- Baudinet, J., Gledhill, L. J., Steinhoff, M. F., Gilbert, K. y Simic, M. (2025). The mediating role of social connectedness between inflexibility, the suppression of emotional expression, and symptoms of eating disorders and depression in adolescents with restrictive eating disorders referred for radically open dialectical behaviour therapy (RO DBT). *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 260. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01440-6>
- Baudinet, J., Simic, M., Griffiths, H., Donnelly, C., Stewart, C. y Goddard, E. (2020). Targeting maladaptive overcontrol with radically open dialectical behaviour therapy in a day programme for adolescents with restrictive eating disorders: an uncontrolled case series. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00338-9>
- Baudinet, J., Stewart, C., Bennett, E., Konstantellou, A., Parham, R., Smith, K., Hunt, K., Eisler, I. y Simic, M. (2021). Radically open dialectical behaviour therapy adapted for adolescents: a case series. *BMC Psychiatry*, 21(1), 462. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03460-3>
- Baudinet, J., Watson, C., Brothwood, P. L., Parham, R., Smith, L., Snowden, N., Konstantellou, A., Hunt, K. y Simic, M. (2022). Adolescent experience of radically open dialectical behaviour therapy: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 466. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04114-8>
- Berny Hernández, M. C., Rodríguez López, D., Cisneros Herrera, J. y Guzmán Díaz, G. (2020). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Boletín Científico de la Escuela Superior de Atotonilco de Tula*, 7(14), 15–21. <https://doi.org/10.29057/esat.v7i14.6036>
- Bleidorn, W., Schwaba, T., Zheng, A., Hopwood, C. J., Sosa, S. S., Roberts, B. W. y Briley, D. A. (2022). Personality stability and change: A meta-analysis of

- longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 148(7–8), 588–619.
<https://doi.org/10.1037/bul0000365>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bustinzar, A. R. P., Valdez, M., Moreno, L. R., Vázquez, C. C. R. y Barriguete-Meléndez, J. A. (2023). Influencias socioculturales sobre la imagen corporal en pacientes mujeres con trastornos alimentarios: un modelo explicativo. *Psychology, Society y Education*, 15(2), 1-9. <https://doi.org/10.21071/psye.v15i2.15608>
- Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Brouwers, M., Kimber, M., McVey, G., Webb, C., Findlay, S., Bhatnagar, N., Snelgrove, N., Ritsma, A., Preskow, W., Miller, C., Coelho, J., Boachie, A., Steinegger, C., Loewen, R., Loewen, T., ... Pilon, D. (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 4.
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>
- Dennis, J. P. y Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Drakes, D. H., Fawcett, E. J., Rose, J. P., Carter-Major, J. C. y Fawcett, J. M. (2021). Comorbid obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders: An epidemiological meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 176–191.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.035>

- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. The Guilford Press.
- Fairburn, C.G. y Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Baños Rivera, R., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., ... Montoya-Castilla, I. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para la Infancia y Adolescencia: Estado de la Cuestión. *Psicothema*, 33(3), 386–398.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Frieiro, P., González-Rodríguez, R. y Domínguez-Alonso, J. (2022). Self-esteem and socialisation in social networks as determinants in adolescents' eating disorders. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e4416–e4424.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13843>
- Gaete P, V. y López C, C. (2020). Eating disorders in adolescents. A comprehensive approach. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784–793.
<https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Gilbert, K., Hall, K. y Codd, R. T. (2020). Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Social signaling, transdiagnostic utility and current evidence. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 19–28.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S201848>
- Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P. y Flament, M. F. (2015). Mood

- disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *Journal of Affective Disorders*, 185, 115–122.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.039>
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Gullone, E. y Taffe, J. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): a psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24(2), 409–417. <https://doi.org/10.1037/a0025777>
- Hatoum, A. H. y Burton, A. L. (2024). Applications and efficacy of radically open dialectical behavior therapy (RO DBT): A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 80(11), 2283–2302.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23735>
- Hempel, R., Vanderbleek, E. y Lynch, T. R. (2018). Radically open DBT: Targeting emotional loneliness in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 26(1), 92–104.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418268>
- Horcajo, J., Díaz, D., Gandarillas, B. y Briñol, P. (2011). Adaptación al castellano del Test de Necesidad de Cierre Cognitivo. *Psicothema*, 23(4), 864-870.
- Isaksson, M., Ghaderi, A., Ramklint, M. y Wolf-Arehult, M. (2021). Radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa: A multiple baseline single-case experimental design study across 13 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 71(101637), 101637.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101637>
- Isaksson, M., Ghaderi, A., Wolf-Arehult, M., Öster, C. y Ramklint, M. (2021). Sharing and connecting with others – patient experiences of radically open dialectical

- behavior therapy for anorexia nervosa and overcontrol: a qualitative study. *Journal Of Eating Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00382-z>
- Iwajomo, T., Bondy, S. J., de Oliveira, C., Colton, P., Trottier, K. y Kurdyak, P. (2021). Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 219(3), 487–493. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.197>
- Jacobi, C., Hütter, K. y Fittig, E. (2017). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. In W. S. Agras & A. Robinson (Eds.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190620998.013.6>
- Jaén, I., Vidal-Arenas, V., Suso-Ribera, C., Pastor, M. C. y García-Palacios, A. (2024). Psychometric properties of the Spanish version of the cognitive flexibility inventory. *Clinica y Salud*, 35(3), 101–110. <https://doi.org/10.5093/clysa2024a3>
- John, R. K., Manoj, R. y Saranya, R. (2025). A comparative study on the level of cognitive flexibility among higher secondary students and undergraduate students. *International Journal of Indian Psychology, Comparative Study* (2). <https://doi.org/10.25215/1302.074>
- Julián, M. y Carratalá-Ricart, L. (2023). Risk factors and eating disorders among Spanish adolescents: A systematic review. *Papeles Del Psicólogo*, 44(3), 164–171. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3024>
- Lee, R. M., Draper, M. y Lee, S. (2001). Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors, and psychological distress: Testing a mediator model. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 310–318. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.310>

- Lock, J. y Le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 37 Suppl(S1), S64-7; discussion S87-9. <https://doi.org/10.1002/eat.20122>
- Lock, J. y Le Grange, D. (2019). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 481–487. <https://doi.org/10.1002/eat.22980>
- Lynch, T. R. (2018). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Lynch, T. R. (2024). *Manual de entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico-Conductual Radicalmente Abierta (RO DBT)*. Psara Ediciones.
- Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y. y O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC psychiatry*, 13(1), 293. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-293>
- Lynch, T. R., Hempel, R. J. y Dunkley, C. (2015). Radically Open-Dialectical Behavior Therapy for disorders of over-control: Signaling matters. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 141–162. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.141>
- Mills, J. S., Musto, S., Williams, L. y Tiggemann, M. (2018). “Selfie” harm: Effects on mood and body image in young women. *Body Image*, 27, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.007>
- Molina-Ruiz, R. M., Alberdi-Páramo, Í., De Castro Oller, M., Gutiérrez Fernández, N., Carrasco Perera, J. L. y Díaz-Marsá, M. (2019). Personality in patients with eating disorders depending on the presence/absence of comorbidity with borderline

personality disorder / Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios [Mexican journal of eating disorders]*, 10(1), 109–120.
<https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.494>

Montenegro-Espinosa, J. A., Jiménez-López, E., Gutiérrez-Espinoza, H., Olivares-Arancibia, J., Yañez-Sepúlveda, R., Duclos-Bastías, D., Mesas, A. E. y López-Gil, J. F. (2025). What is the role of family meals and social eating behaviour in relation to experiential avoidance in adolescents among Spanish adolescents? the EHDLA study. *BMJ Nutrition, Prevention & Health*, 8(1), e001072.
<https://doi.org/10.1136/bmjnph-2024-001072>

Moran, V., Villarrubia, M. y Curi, M. V. (2022). Datos normativos en población de adultos argentinos para la Escala de Conexión Social. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(2), 89–104. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.23461>

Morris, L. y Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), 204380871877943. <https://doi.org/10.1177/2043808718779431>

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment* [NICE Guideline NG69]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

Navarro, J., Universidad de Valencia, Vara, M. D., Cebolla, A., Baños, R. M., Universidad de Valencia, Universidad de Valencia e Instituto de Salud Carlos III. (2018). Validación psicométrica del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) en población adolescente española. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 5(1). <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.1>

- Ortega-Martín, J. L., Portnova, T., Zurita-Ortega, F. y Ubago-Jiménez, J. L. (2021). Correlation between the need for cognitive closure and narrative creativity in secondary education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4333. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084333>
- Pastor, M. C., López-Penadés, R., Cifre, E. y Moliner-Urdiales, D. (2019). The Spanish version of the emotion regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation in early adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 22(E30), E30. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.30>
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, 25(1), 107–114. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.18>
- Peterson, C. M., Van Diest, A. M. K., Mara, C. A. y Matthews, A. (2020). Dialectical behavioral therapy skills group as an adjunct to family-based therapy in adolescents with restrictive eating disorders. *Eating Disorders*, 28(1), 67–79. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1568101>
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., Luisa Vila, M. y Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227(1), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.015>
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>

- Sainz-Maza Fernández, A. (2022). Una introducción a la Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta y una revisión sistemática de las evidencias de su eficacia. *Apuntes de psicología*, 40(2), 97–107. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1419>
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., Yilmaz, Z., Ehrlich, S., Mustelin, L., Ghaderi, A., Hardaway, A. J., Bulik-Sullivan, E. C., Hedman, A. M., Jangmo, A., Nilsson, I. A. K., Wiklund, C., Yao, S., Seidel, M. y Bulik, C. M. (2017). The science behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders: Nine truths. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 25(6), 432–450. <https://doi.org/10.1002/erv.2553>
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (30 de noviembre de 2018). *Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes* [Nota de prensa]. <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P. y Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 38–51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>
- Tomba, E., Tecuta, L., Crocetti, E., Squarcio, F. y Tomei, G. (2019). Residual eating disorder symptoms and clinical features in remitted and recovered eating disorder patients: A systematic review with meta-analysis. *International Journal Of Eating Disorders*, 52(7), 759-776. <https://doi.org/10.1002/eat.23095>
- Treasure, J., Duarte, T. A. y Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)

- Trompeter, N., Bussey, K., Forbes, M. K., Griffiths, S., Mond, J., Hay, P., Lonergan, A., Tame, J. y Mitchison, D. (2023). Difficulties with emotion regulation and weight/shape concerns as predictors of eating disorder behaviors among adolescents. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 132(1), 91–100. <https://doi.org/10.1037/abn0000801>
- Uribe Gómez, M., Chavarriaga Pérez, V. y Gañán Moreno, A. (2024). Exploración de las experiencias y relaciones entre el trastorno de conducta alimenticia y la gordofobia desde la perspectiva de un grupo de adultos-jóvenes en Medellín (Colombia). *Psicoespacios*, 18(32), 1–19. <https://doi.org/10.25057/21452776.1546>
- Van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion In Psychiatry*, 33(6), 521-527. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000641>
- Webster, D.M. y Kruglanski, A.W. (1994). Individual differences in need for cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1049-1062.

Anexos

Anexo I. Cuestionario de información clínica-sociodemográfica

-DATOS CLÍNICOS SOCIODEMOGRÁFICOS-

I. Datos sociodemográficos

- **Edad:** ____ años.
- **Sexo:**
 - Femenino
 - Masculino
 - No binario
 - Otro:
- **Nivel educativo:**
 - Educación Primaria
 - Educación Secundaria Obligatoria (ESO)
 - Bachillerato
 - Formación Profesional
 - Otro

II. Datos clínicos

- **Diagnóstico siguiendo los criterios del DSM-5:**
 - AN tipo restrictivo
 - AN con atracones/purgas
 - BN
 - Trastorno por atracón
 - Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Altura: ____ cm / **Peso actual:** ____ kg.

IMC	Nivel Peso
Menos de 17	Severo infrapeso
18-20	Peso bajo
20-25	Peso normal
25-30	Sobrepeso
30-40	Moderado obeso
+ de 40	Gran obeso

Anexo II. Escala de satisfacción

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA

A continuación, se presentan una serie de preguntas para valorar tu opinión y nivel de satisfacción con el taller de **Terapia Dialéctica Conductual Radicalmente Abierta (DBT-RO)**. Por favor, responde cada una de ellas utilizando la escala que mejor refleje tu experiencia:

1 = Nada en absoluto	2 = Poco	3 = Regular	4 = Bastante	5 = Mucho
-----------------------------	-----------------	--------------------	---------------------	------------------

Preguntas:

1. ¿Las sesiones te han ayudado a entender mejor tus reacciones emocionales y por qué aparecen?
2. ¿Te han ayudado a darte cuenta de cómo el exceso de control o la rigidez pueden causarte dificultades?
3. ¿Han sido útiles para aprender estrategias para manejar tus emociones en el día a día?
4. ¿Te sientes más dispuesta a compartir tus pensamientos y emociones auténticas con los demás?
5. ¿Crees que ahora puedes pensar de forma más flexible ante situaciones inesperadas o difíciles?
6. ¿Has notado que ahora evitas menos situaciones o emociones que antes te resultaban incómodas?
7. ¿Consideras que han sido útiles para mejorar tu conexión con los demás?
8. ¿Ha aumentado tu motivación para poner en práctica las habilidades aprendidas?
9. En general, ¿las sesiones han cumplido tus expectativas?
10. ¿Recomendarías este programa a otra persona que tenga dificultades similares?