

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE HUMANIDADES

EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

TRABAJO DE TITULACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESTUDIANTES:

MATHIAS SAN MIGUEL

MILTON PÁRRAGA

TUTOR:

LUIS ANTONIO ALVAREZ SILVA

SAMBORONDÓN, DICIEMBRE 2025

Resumen

Se examinó en qué medida la Terapia Dialéctico Conductual fue efectiva en el tratamiento de la depresión en adultos mediante una revisión sistemática de la literatura científica. Para la selección de los estudios se incluyeron investigaciones con participantes adultos, que evaluaron sintomatología depresiva mediante instrumentos clínicos validados, en las que la depresión se presentó como diagnóstico principal o como condición comórbida o secundaria. Se consideraron intervenciones basadas en Terapia Dialéctico Conductual en formato completo o mediante componentes específicos, siempre que estuvieran fundamentadas en sus principios y descritas en cuanto a duración y frecuencia. Solo se incluyeron estudios con al menos un grupo de control o comparación, diseño pretest-postest y reporte de resultados cuantitativos de eficacia. La información se buscó en bases de datos internacionales y los hallazgos se resumieron, compararon e integraron considerando diseño, características muestrales, modalidades de intervención y condiciones de control. Se incluyeron 26 estudios con muestras de adultos con depresión, frecuentemente con comorbilidades clínicas y en contextos ambulatorios o de hospitalización parcial. Los resultados mostraron que la Terapia Dialéctico Conductual se asoció con reducciones consistentes en los síntomas depresivos y fue superior a condiciones de control pasivo y tratamiento habitual, aunque no evidenció una superioridad sistemática frente a otros tratamientos psicológicos activos. Se concluyó que la Terapia Dialéctico Conductual constituyó una intervención eficaz para la depresión en adultos, con limitaciones relacionadas con heterogeneidad metodológica, tamaños muestrales reducidos y predominio de ciertos contextos clínicos. Se indicaron implicaciones para la práctica, al sugerir la consideración de esta terapia como alternativa válida y la necesidad de más estudios comparativos rigurosos.

Palabras claves: Terapia Dialéctico Conductual; depresión; adultos; revisión sistemática; tratamiento psicológico; eficacia terapéutica.

Abstract

This study examined the extent to which Dialectical Behavioral Therapy was effective in the treatment of depression in adults through a systematic review of the scientific literature. For study selection, investigations were included when participants were adults, depressive symptoms were assessed with validated clinical instruments and depression appeared as a primary diagnosis or as a comorbid or secondary condition. Interventions based on Dialectical Behavioral Therapy in full format or through specific components were considered when they were grounded in its principles and described in terms of duration and frequency. Only studies with at least one comparison or control group, pretest-posttest design and quantitative efficacy outcomes were included. Information was searched in international databases and findings were

summarized, compared and integrated, considering design, sample characteristics, intervention modalities and control conditions. 26 studies were included, with samples of adults with depression, frequently with clinical comorbidities and in outpatient or partial hospitalization settings. Results showed that Dialectical Behavioral Therapy was associated with consistent reductions in depressive symptoms and was superior to passive control conditions and treatment as usual, although it did not show systematic superiority over other active psychological treatments. It was concluded that Dialectical Behavioral Therapy constituted an effective intervention for adult depression, with limitations related to methodological heterogeneity, small sample sizes and predominance of specific clinical contexts. Implications for practice were indicated by suggesting this therapy as a valid alternative and highlighting the need for more rigorous comparative studies.
Keywords: Dialectical Behavioral Therapy; depression; adults; systematic review; psychological treatment; therapeutic efficacy.

Introducción

La depresión es un trastorno mental común que afecta negativamente la forma en que una persona se siente, piensa y actúa, generando tristeza persistente, pérdida de interés o placer, disminución de la energía y un deterioro significativo del funcionamiento diario (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Además, puede manifestarse con una variedad de síntomas somáticos, como alteraciones del sueño o del apetito, y síntomas psicológicos, como sentimientos de culpa, desesperanza y baja autoestima, pudiendo oscilar entre episodios leves y autolimitados y cuadros graves que deterioran de forma marcada la calidad de vida y pueden conducir al suicidio (OMS, 2017). La depresión se considera la principal causa mundial de discapacidad y afecta a más de 280 millones de personas en todo el mundo, con una mayor prevalencia en mujeres, contribuyendo de forma sustancial a la carga global de enfermedad y presentando altas tasas de comorbilidad, especialmente con trastornos de ansiedad y enfermedades crónicas (OMS, 2023).

Los trastornos depresivos se conceptualizan, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), como un conjunto de afecciones caracterizadas por un estado de ánimo persistentemente bajo, acompañado de síntomas cognitivos, conductuales y somáticos que interfieren de forma significativa en el funcionamiento del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Dentro de esta clasificación, el trastorno depresivo mayor se diagnostica cuando una persona presenta, durante al menos dos semanas, cinco o más síntomas que representan un

cambio respecto del funcionamiento previo, incluyendo de forma obligatoria un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran alteraciones del apetito o del peso corporal, insomnio o hipersomnia casi diaria, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga persistente, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Estos síntomas deben generar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes, y no ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de una enfermedad médica (APA, 2013).

Además del trastorno depresivo mayor, el DSM-5 describe otros trastornos depresivos, entre ellos el trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia, que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido presente durante la mayor parte del día y la mayoría de los días, durante al menos dos años en adultos (o uno en niños y adolescentes), acompañado de al menos dos manifestaciones adicionales, como cambios en el apetito, trastornos del sueño, baja energía, baja autoestima, dificultades en la concentración o toma de decisiones y sentimientos de desesperanza (APA, 2013). A lo largo del periodo diagnóstico, los síntomas no deben remitir por más de dos meses consecutivos y, aunque suelen ser menos intensos que en el trastorno depresivo mayor, su curso crónico conlleva un deterioro funcional relevante.

El trastorno disfórico premenstrual se caracteriza por la aparición de síntomas afectivos, conductuales y físicos durante la fase lútea del ciclo menstrual, es decir, en los días previos a la menstruación, requiriéndose para su diagnóstico la presencia de al menos cinco síntomas en la mayoría de los ciclos menstruales del último año, de los cuales al menos uno debe ser de tipo emocional. Entre las manifestaciones típicas se encuentran la labilidad afectiva, la irritabilidad marcada, los sentimientos de tristeza profunda o desesperanza y una elevada ansiedad o tensión, los cuales deben interferir de forma significativa con el funcionamiento personal o social y ser confirmables mediante un seguimiento prospectivo (APA, 2013).

Por su parte, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se diagnostica principalmente en niños y adolescentes y se define por una irritabilidad crónica persistente y episodios severos de arrebatos de ira desproporcionados en intensidad y duración respecto al contexto, presentes durante al menos doce meses, en múltiples entornos como el hogar o la escuela, apareciendo antes de los diez años de edad y sin períodos asintomáticos significativos (APA, 2013).

El trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos se reserva para casos en los que los síntomas depresivos son consecuencia directa del consumo o la retirada de

sustancias psicoactivas o fármacos, como el alcohol, los sedantes, los estimulantes o ciertos tratamientos médicos, exigiéndose evidencia clara de una relación temporal entre el inicio de los síntomas y la exposición a la sustancia (APA, 2013). El trastorno depresivo debido a otra afección médica implica una sintomatología depresiva que resulta del efecto fisiopatológico directo de una condición médica general, como enfermedades endocrinas, neurológicas, infecciosas o inmunológicas, requiriéndose la demostración de una asociación médica y temporal entre la aparición del trastorno del estado de ánimo y la enfermedad de base (APA, 2013).

Finalmente, el DSM-5 incluye categorías diagnósticas residuales, como el trastorno depresivo especificado y no especificado, destinadas a identificar y codificar cuadros clínicos con sintomatología depresiva significativa que no cumplen completamente los criterios de los trastornos descritos anteriormente (APA, 2013). Estas categorías permiten que los casos atípicos o incompletos no queden excluidos del sistema diagnóstico, favoreciendo su atención clínica y su inclusión en planes terapéuticos formales.

Estos trastornos de la depresión permiten una clasificación diagnóstica más precisa, favoreciendo el diseño de intervenciones adecuadas y el pronóstico clínico (APA, 2013).

La depresión puede presentarse de forma episódica, crónica o recurrente y, sin tratamiento adecuado, existe un alto riesgo de recaída. Se estima que hasta un 80 % de los pacientes que han experimentado un episodio depresivo mayor pueden recaer en algún momento (Eaton, 2008; APA, 2013).

La depresión suele presentarse junto a otros trastornos, en particular el trastorno de ansiedad generalizada, diversos trastornos de la personalidad y enfermedades médicas crónicas como las cardiovasculares o la diabetes, lo que complejiza su diagnóstico y tratamiento (APA, 2013; OMS, 2023). Aunque los síntomas emocionales y cognitivos, como la tristeza persistente, la pérdida de interés o la culpa excesiva, son centrales, en muchos pacientes predominan manifestaciones físicas inespecíficas, como la fatiga persistente o los dolores corporales, especialmente en contextos donde persiste un fuerte estigma hacia los trastornos mentales (OMS, 2023).

En el plano funcional, la depresión produce una disminución significativa del rendimiento laboral, retraimiento social y deterioro en las relaciones interpersonales, lo que incrementa su carga clínica y social (Borrell-Carrió et al., 2004). Desde una perspectiva del desarrollo, la adultez puede dividirse en tres fases: temprana (20–39 años), media (40–64 años) y tardía (65 años en adelante), cada una asociada a conflictos psicosociales específicos, lo que permite comprender la vulnerabilidad diferencial frente a la depresión a lo largo de la adultez (Marcia, 2016). La depresión presenta una prevalencia global del 5% en adultos y una mayor frecuencia en mujeres

(OMS, 2023). En la Unión Europea, el 7,2% de los ciudadanos reporta tener depresión crónica, con tasas más elevadas en países como Portugal (12,2%) y Suecia (11,7%) (Eurostat, 2021).

La depresión afecta de forma significativa a la población adulta, con una prevalencia estimada del 6% a nivel global y constituyendo una de las principales causas de años vividos con discapacidad entre los 18 y 65 años (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023). En adultos mayores, las tasas de prevalencia varían entre el 10% y el 20%, dependiendo del contexto sociocultural, el estado funcional y el acceso a servicios de salud mental (Blazer, 2003). Diversas teorías psicológicas, como el modelo cognitivo, el modelo de la indefensión, el modelo biosocial y el modelo dialéctico de la aceptación, han buscado explicar el origen y mantenimiento de la depresión, y a partir de estas conceptualizaciones se han desarrollado intervenciones psicológicas con eficacia empírica comprobada. A continuación, se presentan cuatro modelos teóricos y sus respectivas aplicaciones terapéuticas, cuyas contribuciones resultan clave para la comprensión clínica de este trastorno.

El modelo cognitivo propuesto por Aaron T. Beck plantea que la depresión se origina y se mantiene por la presencia de esquemas cognitivos disfuncionales profundamente arraigados, que se activan ante eventos estresantes y generan pensamientos automáticos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro, fenómeno conocido como tríada cognitiva. Estas cogniciones dan lugar a distorsiones del pensamiento, como la sobregeneralización, la magnificación del fracaso o la minimización de los logros, lo que perpetúa el malestar emocional. Este modelo ha influido de manera directa en el desarrollo de tratamientos psicológicos como la terapia cognitivo-conductual (Beck, 2005).

La terapia cognitivo-conductual es una de las intervenciones psicológicas con mayor respaldo empírico para el tratamiento de la depresión y parte de la premisa de que los síntomas depresivos se mantienen por distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales y patrones conductuales desadaptativos (Beck, 1979; Cuijpers et al., 2014). Su objetivo terapéutico consiste en identificar, cuestionar y modificar los pensamientos automáticos negativos y los esquemas distorsionados, promoviendo interpretaciones más realistas y funcionales de la experiencia, mediante estrategias como la reestructuración cognitiva, la activación conductual y la resolución de problemas, que permiten al paciente recuperar el funcionamiento diario, mejorar su estado de ánimo y prevenir recaídas (Beck, 1979; Cuijpers et al., 2014).

Desde otro enfoque, el modelo de la indefensión aprendida de Martin Seligman se desarrolló a partir de estudios experimentales que mostraron cómo la exposición repetida a situaciones incontrolables puede inducir un estado de pasividad conductual y desesperanza. Aplicado a la depresión, plantea que las personas que experimentan fracasos reiterados sin

percibir control sobre las circunstancias tienden a creer que sus acciones no tienen consecuencias, lo que conlleva una pérdida de motivación, iniciativa y expectativas positivas (Seligman, 1972, 1975). Posteriormente, se incorporó una perspectiva atribucional, según la cual quienes interpretan los eventos negativos de forma interna (culpa personal), estable (no cambiará) y global (afecta a toda su vida) son más vulnerables a desarrollar síntomas depresivos (Abramson et al., 1978).

En función de este modelo, la terapia interpersonal es una intervención psicológica breve, estructurada y orientada a objetivos, que parte de la premisa de que los vínculos sociales y los eventos vitales significativos desempeñan un papel central en el inicio y mantenimiento de la depresión (Klerman, Markowitz & Weissman, 2000). La terapia interpersonal se centra en identificar y abordar problemáticas interpersonales actuales, como conflictos con figuras significativas, transiciones vitales estresantes (duelo, jubilación, cambios de rol), déficits en habilidades sociales y aislamiento social (Klerman, Markowitz & Weissman, 2000). Mediante el fortalecimiento del apoyo social y la mejora de la comunicación interpersonal, esta intervención busca aliviar los síntomas depresivos, favorecer el ajuste emocional y prevenir futuras recaídas (Cuijpers et al., 2016).

En contraste con los modelos cognitivo e interpersonal, el modelo biosocial de Marsha Linehan plantea que los trastornos emocionales, incluida la depresión, se originan por la interacción entre una vulnerabilidad biológica a experimentar emociones intensas, como la hiperreactividad emocional, y ambientes invalidantes, es decir, contextos en los que la expresión emocional del individuo es sistemáticamente minimizada, ignorada o castigada (Linehan, 1993). Esta interacción dificulta el desarrollo adecuado de habilidades de autorregulación emocional, lo que puede derivar en desregulación crónica, patrones interpersonales disfuncionales y sentimientos persistentes de desesperanza (Linehan, 1993).

Desde una perspectiva complementaria, el modelo dialéctico de aceptación y cambio de Marsha Linehan sostiene que el cambio terapéutico efectivo requiere un equilibrio entre dos procesos opuestos pero interdependientes: la aceptación radical de la experiencia emocional tal como es y el compromiso activo con el cambio conductual y cognitivo (Linehan, 2015). En el tratamiento de la depresión, este modelo permite validar el sufrimiento del paciente sin fomentar la pasividad, al tiempo que promueve el aprendizaje de estrategias de afrontamiento más funcionales (Linehan, 2015).

Derivada directamente de estos modelos, la Terapia Dialéctico-Conductual fue desarrollada por Marsha Linehan como tratamiento para pacientes con trastorno límite de la personalidad y conductas suicidas persistentes (Linehan, 1993). Aunque su objetivo original no

era el abordaje específico de la depresión, la Terapia Dialéctico-Conductual ha mostrado eficacia en cuadros de depresión crónica o resistente, especialmente cuando se asocian a desregulación emocional severa, reduciendo síntomas depresivos, mejorando la conciencia emocional, disminuyendo la rumiación y la impulsividad, y fortaleciendo el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas (Harley et al., 2008). Su estructura se basa en un enfoque dialéctico que integra estrategias de aceptación con técnicas de cambio conductual provenientes de la terapia cognitivo-conductual (Linehan, 1993).

La Terapia Dialéctico-Conductual se implementa mediante un formato altamente estructurado compuesto por cuatro componentes interrelacionados: terapia individual, entrenamiento grupal en habilidades, coaching telefónico y reuniones de equipo clínico, cada uno con una función específica dentro del abordaje integral del tratamiento (Linehan, 1993, 2015). La terapia individual constituye el eje central del proceso y, en estas sesiones semanales, el terapeuta trabaja directamente con el paciente para fortalecer la motivación hacia el cambio, aplicar las habilidades aprendidas en contextos concretos de la vida diaria y reducir conductas desadaptativas, como las autolesiones, el aislamiento social o el abandono del tratamiento (Linehan, 1993).

Dos técnicas centrales guían este espacio: el análisis en cadena y la jerarquización de objetivos; el análisis en cadena permite descomponer una conducta problema, como una crisis emocional o una autolesión, en una secuencia de eventos previos, pensamientos, emociones y consecuencias, con el fin de identificar los factores desencadenantes y proponer respuestas más adaptativas, mientras que la jerarquización de objetivos organiza el tratamiento en función de prioridades clínicas, comenzando por las conductas que amenazan la vida, seguido por las que interfieren con la terapia, las que afectan la calidad de vida y, finalmente, el desarrollo general de habilidades, lo que permite mantener el enfoque de cada sesión y otorgar un orden lógico al proceso terapéutico (Linehan, 1993).

El entrenamiento grupal en habilidades opera como un espacio psicoeducativo complementario en el que los pacientes aprenden y practican estrategias esenciales para mejorar su regulación emocional y conductual (Linehan, 1993, 2015). Este formato se organiza en cuatro módulos específicos: mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal (Linehan, 1993, 2015). El módulo de mindfulness tiene como propósito desarrollar la atención plena al momento presente, observando pensamientos, emociones y sensaciones sin emitir juicios y promoviendo la conciencia emocional, mientras que el módulo de regulación emocional se centra en identificar y comprender las emociones, disminuir la vulnerabilidad emocional mediante hábitos saludables, como el sueño adecuado o una alimentación

balanceada, y fomentar la experiencia de emociones positivas (Linehan, 1993, 2015). La tolerancia al malestar busca proporcionar herramientas para afrontar situaciones de crisis sin recurrir a conductas impulsivas o destructivas, mediante técnicas como la distracción funcional, la mejora del momento presente y la aceptación radical, y el módulo de efectividad interpersonal se orienta a mejorar la comunicación y las relaciones personales, permitiendo al paciente expresar sus necesidades, establecer límites adecuados y conservar su autoestima (Linehan, 1993, 2015)

En este último módulo se enseñan técnicas específicas como DEAR MAN, GIVE y FAST (Linehan, 2015). DEAR MAN es una estrategia que ayuda al paciente a formular peticiones o rechazar solicitudes de manera asertiva, describiendo la situación objetivamente, expresando los propios sentimientos, afirmando lo que se desea, reforzando los beneficios de la petición, manteniéndose enfocado en el objetivo, mostrando seguridad al comunicarse y negociando cuando es necesario (Linehan, 2015).

La técnica GIVE se orienta a mantener relaciones positivas y respetuosas mediante una comunicación gentil, mostrando interés por el otro, validando sus emociones y manteniendo una actitud colaborativa, mientras que FAST se centra en preservar la autoestima durante interacciones difíciles, enfatizando la fidelidad a los propios valores, evitando disculpas innecesarias, siendo honesto y priorizando el respeto hacia uno mismo (Linehan, 2015). El entrenamiento grupal tiene una duración estimada de seis meses a un año y se diferencia de los grupos de apoyo en que no se centra en el procesamiento emocional, sino en la enseñanza sistemática de habilidades concretas de afrontamiento (Linehan, 2015).

El coaching telefónico es un componente diseñado para brindar apoyo breve entre sesiones, permitiendo a los pacientes contactar a su terapeuta mediante teléfono u otro medio previamente acordado (Linehan, 1993). Su objetivo principal es orientar al paciente en la aplicación de las habilidades de la Terapia Dialéctico-Conductual en situaciones reales y críticas, evitando conductas impulsivas y promoviendo la generalización de lo aprendido (Linehan, 1993). No constituye una sesión terapéutica propiamente tal, sino un recurso estructurado que forma parte del contrato terapéutico y que se regula en cuanto a su frecuencia y propósito (Linehan, 1993).

Finalmente, las reuniones de equipo clínico constituyen un componente esencial del modelo estándar de la Terapia Dialéctico-Conductual (Linehan, 2015). Estas reuniones, dirigidas exclusivamente al equipo de terapeutas, tienen como propósito asegurar la adherencia al modelo, ofrecer apoyo profesional y fomentar el autocuidado entre los clínicos, en un espacio colaborativo no jerárquico donde se comparten estrategias, se analizan casos complejos y se

abordan dificultades frecuentes, como el desgaste emocional, la desmotivación o el manejo de conductas de alto riesgo (Linehan, 2015). Entre sus funciones se encuentran revisar el cumplimiento de los principios del modelo, mantener la jerarquía de objetivos clínicos, analizar intervenciones específicas y promover la cohesión del equipo desde un enfoque dialéctico y validante, equilibrando la aceptación de las propias limitaciones con el compromiso de mejora continua (Linehan, 2015).

La justificación de este estudio radica en la ausencia de una revisión sistemática que evalúe de manera específica y aislada la eficacia de la Terapia Dialéctico-Conductual estándar en el tratamiento de la depresión en adultos. Aunque existen revisiones recientes, estas presentan limitaciones importantes: un estudio analiza conjuntamente la Terapia Dialéctico-Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso en población con ansiedad y depresión mezcladas, lo que impide aislar los efectos específicos atribuibles exclusivamente a la Terapia Dialéctico-Conductual sobre los síntomas depresivos (Moya López et al., 2025); mientras que una revisión sistemática se centra en RO-DBT, una variante específica diseñada para trastornos de sobrecontrol (TdC), como la depresión resistente al tratamiento, cuyos resultados no pueden generalizarse a la Terapia Dialéctico-Conductual estándar ni a cuadros depresivos leves, moderados o de primer episodio (Hatoum & Burton, 2024). Esta heterogeneidad en las intervenciones, poblaciones y diagnósticos evaluados deja sin respuesta la efectividad de la Terapia Dialéctico-Conductual estándar aplicada a episodios depresivos no resistentes con diagnóstico primario de depresión, que constituyen la mayoría de los casos en la práctica clínica.

Por tanto, esta revisión sistemática contribuirá a la toma de decisiones basadas en evidencia por parte de profesionales de la salud mental respecto de la viabilidad y la eficacia específica de la Terapia Dialéctico-Conductual estándar en adultos con depresión, proporcionando orientación clara sobre su aplicación en contextos clínicos comunes donde la evidencia actual resulta insuficiente. Asimismo, fortalecerá la base teórica y empírica sobre los mecanismos de acción de la Terapia Dialéctico-Conductual en trastornos del estado de ánimo, la diferenciará de sus variantes y de otras terapias de tercera generación, y sentará bases metodológicas para futuras investigaciones sobre la eficacia diferencial de intervenciones dialéctico-conductuales en poblaciones con depresión de diversa gravedad y características clínicas.

Objetivos

Objetivo General: Realizar una revisión sistemática de la literatura científica para analizar la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) en el tratamiento de la depresión en adultos.

Objetivos Específicos:

- Identificar estudios científicos que hayan evaluado la aplicación de la Terapia Dialéctico Conductual en adultos con diagnóstico de depresión.
- Describir las características metodológicas, clínicas y demográficas de los estudios incluidos en la revisión.
- Evaluar los hallazgos de los estudios seleccionados sobre la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual en comparación con otras intervenciones terapéuticas, tanto psicológicas como farmacológicas, en el tratamiento de la depresión en adultos.

Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA (Page et al., 2021). La búsqueda se ejecutó en cuatro bases de datos electrónicas: Scopus, Web of Science, Dialnet y Redalyc. Se seleccionaron estas bases por su cobertura de literatura científica en psicología clínica y salud mental.

Se utilizaron descriptores en español e inglés para la búsqueda, aplicando operadores booleanos (AND) para combinar sistemáticamente tres componentes principales: tipo de intervención (“Terapia Dialéctico Conductual”, “Dialectical Behavior Therapy”, “DBT” y sus variantes), condición clínica (“depresión”, “trastorno depresivo mayor” y “depression”), y población (“adultos”, “población adulta”, “personas adultas”, “adult patients” y “adult population”).

Se generaron 72 combinaciones de términos entre las variantes léxicas de intervención, condición clínica y población, distribuidas entre las cuatro bases de datos consultadas. De éstas, 24 combinaciones fueron formuladas en inglés (utilizadas en Scopus y Web of Science) y 48 en español (aplicadas en Dialnet y Redalyc), acorde con las lenguas de indexación prevalentes. En todos los casos, se emplearon filtros para limitar los resultados a artículos científicos, publicados entre 2000 y 2025 y en español o inglés. Las combinaciones más productivas fueron "Terapia Dialéctico Conductual" AND "Depresión" AND "Adultos" en español, y "Dialectical Behavior Therapy" AND "Depression" AND "Adults", así como "DBT" AND "Depression" AND "Adults" en inglés.

Para la selección de los estudios, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: se consideraron investigaciones que incluyeron población adulta (mayores de 18 años) y que evaluaron sintomatología depresiva mediante instrumentos clínicos validados. Se incluyeron tanto estudios en los que la depresión fue el diagnóstico principal como aquellos en los que la sintomatología depresiva se analizó como comorbilidad o variable secundaria dentro de otra

condición clínica. Respecto a la intervención, se incluyeron trabajos que emplearon la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) en su formato completo o a través de componentes específicos como entrenamiento en habilidades, terapia individual, consultoría telefónica, RO-DBT o DBT online, siempre que estuvieran fundamentados en los principios de la DBT y descritos con suficiente detalle sobre sus componentes, duración y frecuencia. Para asegurar la comparación de resultados, se seleccionaron exclusivamente estudios que contaron con al menos un grupo de control o comparación, que pudo corresponder a tratamiento alternativo, tratamiento habitual, sin tratamiento o lista de espera, y que especificaron el procedimiento de asignación, ya fuera aleatoria o no aleatoria. Además, se exigió que el diseño fuera pretest-postest y que se reportaran resultados cuantitativos sobre la eficacia de la intervención.

Se excluyeron del análisis los artículos teóricos, revisiones, meta-análisis, estudios cualitativos y casos únicos sin grupo de comparación o control, así como investigaciones realizadas con población menor de 18 años, trabajos que no reportaron resultados cuantitativos y aquellos que no contaron con revisión por pares.

Tras la ejecución de las estrategias de búsqueda, los artículos relevantes identificados en cada base de datos fueron almacenados en el gestor bibliográfico Mendeley. Una vez finalizada la búsqueda, se utilizó la herramienta de eliminación de duplicados de Mendeley para asegurar que cada registro correspondiera a un estudio único.

A continuación, el proceso de selección de estudios se realizó en dos fases sucesivas. En la primera fase (cribado 1), se revisaron los títulos y resúmenes para identificar aquellos documentos que mencionaran explícitamente los tres componentes principales de la estrategia de búsqueda: tipo de intervención (por ejemplo, Terapia Dialéctico Conductual, Dialectical Behavior Therapy o DBT y sus variantes), condición clínica (por ejemplo, depresión, trastorno depresivo mayor, depresión resistente al tratamiento, depresión crónica) y población adulta (por ejemplo, adultos, población adulta, personas adultas, adult population, adult patients). Solo los estudios en los que estos tres elementos estaban presentes en el título o resumen fueron seleccionados para la siguiente fase. Posteriormente, en la segunda fase (Cribado 2), se realizó una evaluación exhaustiva de los textos completos. En esta etapa se aplicaron todos los criterios de inclusión y exclusión definidos previamente, verificando aspectos como la descripción detallada de la intervención, el diseño metodológico, la presencia de grupo comparador o control, la adecuación de la muestra, el uso de instrumentos clínicos validados para evaluar

sintomatología depresiva y la presentación de resultados cuantitativos sobre la eficacia de la intervención.

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos se evaluaron con una rúbrica adaptada para revisiones sistemáticas en psicología clínica, los criterios evaluados y el sistema de puntuación se presentan en la Tabla 1. Esta herramienta considera seis dimensiones: marco teórico, referencialidad, sujetos y criterios de selección, diseño de investigación, resultados (incluyendo técnicas estadísticas) y discusión. Cada dimensión se puntúa en cuatro niveles (muy bien, bien, regular, mal), asignando puntajes específicos que suman hasta un total de 100 puntos por estudio. La rúbrica evalúa, entre otros aspectos, la fundamentación teórica, validez de las fuentes, justificación del tamaño muestral, descripción metodológica, presentación completa y clara de resultados, adecuación de los análisis estadísticos y calidad de la discusión (Kourroski, Rengel & Santalla, 2025).

Tabla 1.

Rúbrica de evaluación de calidad.

RÚBRICA DE EVALUACIÓN					
Estudiantes: Milton Párraga, Mathias San Miguel					
Título: Eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual en el tratamiento de la depresión en adultos: una revisión sistemática de la literatura científica					
Links: Kourroski, B., Rengel, R., & Santalla, Z. (2025). Efectividad del arteterapia en la reducción de la sintomatología de personas diagnosticadas con esquizofrenia: Revisión sistemática [Rúbrica de evaluación adaptada para revisión sistemática no publicada]. https://docs.google.com/spreadsheets/d/1wCOS8z7CZMUSODA041R_3omdzCRLuBsY/edit?usp=sharing&ouid=115328376622562516482&rtpof=true&sd=true					
MARCO TEÓRICO					
	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	COMENTARIOS
PERTINENCIA					
¿El estudio define claramente el fenómeno que se pretende explicar? *a) Explica y desarrolla adecuadamente los constructos y conceptos centrales del estudio.* *b) Delimita con claridad el fenómeno específico que se busca investigar.*	*Cumple criterio a y b*	*Cumple con b, pero de forma incompleta con a*	*Cumple con b, pero de forma incompleta e inadecuada*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	*4*	*2,5*	*1,5*	*0*	PUNTUACIÓN:
¿El estudio fundamenta su	*Cumple*	*Cumple con a y*	*Cumple con a y c,*	*No cumple*	

enfoque en teorías explicativas pertinentes al fenómeno? *a) Las teorías utilizadas son pertinentes y se relacionan directamente con el fenómeno investigado.* *b) Las teorías empleadas tienen respaldo empírico.* *c) Las teorías están descritas y explicadas de forma clara, comprensible y coherente con el enfoque del estudio.*	*criterio a,b y c.*	*b, pero no con c.*	*pero no con b.*	*con los criterios*	
Puntaje	*5*	*3,5*	*2*	*0*	PUNTUACIÓN:
¿Las hipótesis de investigación están claramente formuladas y se derivan lógicamente de la fundamentación teórica y empírica? a)Establece la relación entre las variables, especificando la dirección de la relación b)Se deriva completamente del marco teórico	*Cumple criterio a y b*	*Cumple con a parcialmente (falta dirección de la relación) y b*	*Cumple con a total o parcialmente, pero no con b*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	4	2.5	1.5	0	PUNTUACIÓN:
¿La investigación cuenta con estudios empíricos directamente relacionados con el problema de investigación y detalla los resultados relevantes? a) Esta sustentado por estudios empiricos b) Los estudios reseñados están directamente y claramente relacionados con el Problema de Investigacion c) Expone los resultados relevantes	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple con a y b, en c no expone comprensiblemente*	*Cumple con a, en b los estudios reseñados están solo indirectamente relacionados con el problema pero el autor no explica la conexión. En c no expone comprensiblemente*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	5	3.5	2	0	PUNTUACIÓN:
REFERENCIALIDAD					
¿El análisis de documentos se basa en fuentes válidas y confiables desde el punto de vista científico, como investigaciones publicadas en revistas científicas de la disciplina (psicología o psiquatria)? A) Todas las fuentes	*Cumple criterio a y b*	*Cumple con el criterio "a" aunque no todas las investiaciones referenciadas están publicadas en revistas científicas de la*	*Cumple criterio b, pero no con a*	*No cumple con los criterios*	

utilizadas son válidas y confiables desde el punto de vista científico. B) Las investigaciones refrenciadas están publicadas en revistas científicas de la disciplina.		*disciplina*			
Puntaje	3,5	2	1	0	PUNTUACIÓN:
SUFICIENCIA					
¿La revisión de la literatura es exhaustiva y abarca los aspectos conceptuales, teóricos y empíricos más relevantes para el fenómeno de estudio? a) La revisión incluye una exploración amplia y actualizada de las definiciones, modelos teóricos y hallazgos empíricos relevantes. b) Se evidencia una articulación coherente entre los enfoques conceptuales, teóricos y los datos empíricos revisados.	*Cumple criterio a y b*	*Cumple criterio b, pero la revisión no es muy amplia.*	*Cumple con criterio a, pero no con b.*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	3.5	2	1	0	PUNTUACIÓN:
		MÉTODO			
SUJETOS					
¿Es adecuado el tamaño de la muestra para cumplir con los objetivos del estudio? a) El tamaño muestral está claramente justificado en función de los objetivos del estudio. b) Se describe el método de cálculo del tamaño muestral (estadístico o criterio cualitativo explícito). c) El tamaño permite interpretar los resultados con validez y representatividad.	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple con a y b, en c no garantiza representatividad o validez comprensible*	*Cumple con a, en b no utiliza método adecuado y en c no garantiza representatividad o validez comprensible*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	*4*	3	*1,5*	*0*	PUNTUACIÓN:
¿Son adecuados los criterios de selección utilizados en el estudio? a) Los criterios de selección están claramente definidos y justificados. b) Los criterios de inclusión y	*Cumple criterio a,b y c.*	Cumple con a y b, en c no asegura representatividad o validez comprensiblemente.	*Cumple con a, en b no presenta alineación clara con los objetivos, y en c no asegura representatividad o validez*	*No cumple con los criterios*	

exclusión son pertinentes y están alineados con los objetivos del estudio. c) Los criterios aseguran la representatividad y la validez de la muestra.			*comprensiblemente.*		
Puntaje	4	3	1,5	0	PUNTUACIÓN:
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN					
¿El diseño empleado permite contrastar adecuadamente las hipótesis de investigación? a) El diseño se justifica en función de los objetivos del estudio. b) Es coherente con las hipótesis planteadas. c) Permite obtener resultados válidos y confiables para el contraste de las hipótesis.	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple con a y b, pero en c no garantiza resultados válidos y confiables*	*Cumple con a, pero en b no es coherente con las hipótesis y en c no garantiza resultados válidos y confiables*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	*6*	*4*	*2*	*0*	PUNTUACIÓN:
¿El diseño metodológico está claramente descrito y permite su comprensión y replicación? a) Se detalla claramente el tipo de diseño (por ejemplo, pretest-postest con grupo de control) b) Se especifican las características de los grupos, tipo de intervención y comparaciones previstas c) La descripción permite que el estudio pueda ser replicado por otros investigadores	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple con a y b, pero no con c*	*Cumple con a, pero no con b ni c*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	5	*3,5*	2	*0*	PUNTUACIÓN:
RESULTADOS					
¿La interpretación de los resultados es coherente y está alineada con los objetivos y diseño del estudio? a) La interpretación es coherente con los datos presentados. b) Relaciona correctamente los hallazgos con los objetivos y el diseño metodológico. c) La exposición de los resultados es clara, precisa y	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple con los criterios a y b, pero no con c.*	*Cumple con el criterio a, pero no con b ni con c.*	*No cumple con los criterios*	

comprensible.

Puntaje	*6*	*4*	*2*	*0*	PUNTUACIÓN:
¿Se presentan los resultados de manera completa, incluyendo tanto las relaciones y/o efectos estadísticamente significativos como aquellos que no resultaron estadísticamente significativos? a) Presentan los resultados completos b) Incluye resultados significativos c) Incluye resultados no significativos	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple con criterio a y b, en c no incluye resultados no significativos*	*Cumple solo con a; en b no incluye resultados significativos, y en c tampoco presenta los no significativos.*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	*6*	*4*	*2*	*0*	PUNTUACIÓN:
¿Se incluyen los valores de los estadísticos obtenidos junto con sus niveles de significación correspondientes? a) Incluye valores estadísticos b) Especifica los niveles de significación	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple criterio a y b, en c no expone valores estadisticos comprensibles*	*Cumple criterio a, en b no especifica los niveles de significación y en c no expone valores estadisticos comprensibles*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	*6*	*4*	*2*	*0*	PUNTUACIÓN:
¿Son las técnicas de análisis estadístico utilizadas apropiadas para los objetivos del estudio? a) La elección de técnicas son asertadas b) La aplicación de la tecnica es expuesta adecuadamente c) Establece relación con los obj. de estudio	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple criterio a y b, en c no establece relación con objetivos de estudio*	*Cumple criterio a, en b la aplicación de la técnica es expuesta inadecuadamente y c no establece relación con los objetos de estudio*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	6	4	2	0	PUNTUACIÓN:
DISCUSIÓN					
¿Los resultados se discuten en relación con hallazgos previos de forma adecuada y con base en estudios válidos? a) Los resultados propios del estudio son explicados adecuadamente en función del fenómeno investigado. b) Se expone de manera explícita la coincidencia o divergencia de los resultados	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple con criterio a, b y en c los estudios comparados no son válidos*	*Cumple con citerio a, en b no expone coincidencia con otros estudios y en c los estudios comparados no son válidos*	*No cumple con los criterios*	

con estudios previos. c) Los estudios con los que se comparan los resultados son válidos y pertinentes (por su diseño, muestra o calidad metodológica).					
Puntaje	*6*	*2,5*	*1*	*0*	PUNTUACIÓN:
¿Las interpretaciones realizadas por los autores están fundamentadas en los resultados obtenidos en el estudio? a) Las interpretaciones están alineadas con los objetivos o hipótesis planteadas. b) Las interpretaciones se basan directamente en los resultados empíricos obtenidos. c) Las interpretaciones están formuladas de manera clara, comprensible y lógica.	*Cumple criterio a,b y c.*	*Cumple con los criterios a y b, pero en c no expone las interpretaciones de manera comprensible.*	*Cumple con el criterio a, pero en b las interpretaciones no se basan en los resultados obtenidos, y en c no se exponen de forma comprensible.*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	3,5	2,5	1	0	PUNTUACIÓN:
¿Se explican adecuadamente los resultados que difieren de otros estudios, proporcionando los autores posibles razones para dichas discrepancias? a) Los autores identifican y explican los resultados que difieren de hallazgos previos. b) Se proporcionan razones plausibles y fundamentadas para explicar las discrepancias (por ejemplo, diferencias en diseño, muestra, instrumentos, contexto, etc.).	*Cumple criterio a y b*	*Cumple con el criterio a, pero en b no proporciona explicaciones adecuadas para las discrepancias.*	*Cumple parcialmente con el criterio a (por ejemplo, menciona discrepancias pero no las explica claramente), y no cumple b.*	*No cumple con los criterios*	
Puntaje	3	2	1	0	PUNTUACIÓN:
TOTAL					NOTA FINAL:

Nota. Adaptado de Kourroski, Rengel & Santalla, 2025.

Resultados

La búsqueda sistemática en Scopus, Web of Science, Dialnet y Redalyc resultó en un total de 962 registros. Las ecuaciones que generaron más resultados fueron "Dialectical Behavior Therapy" AND "Depression" AND "Adults" (348 en Scopus, 102 en Web of Science),

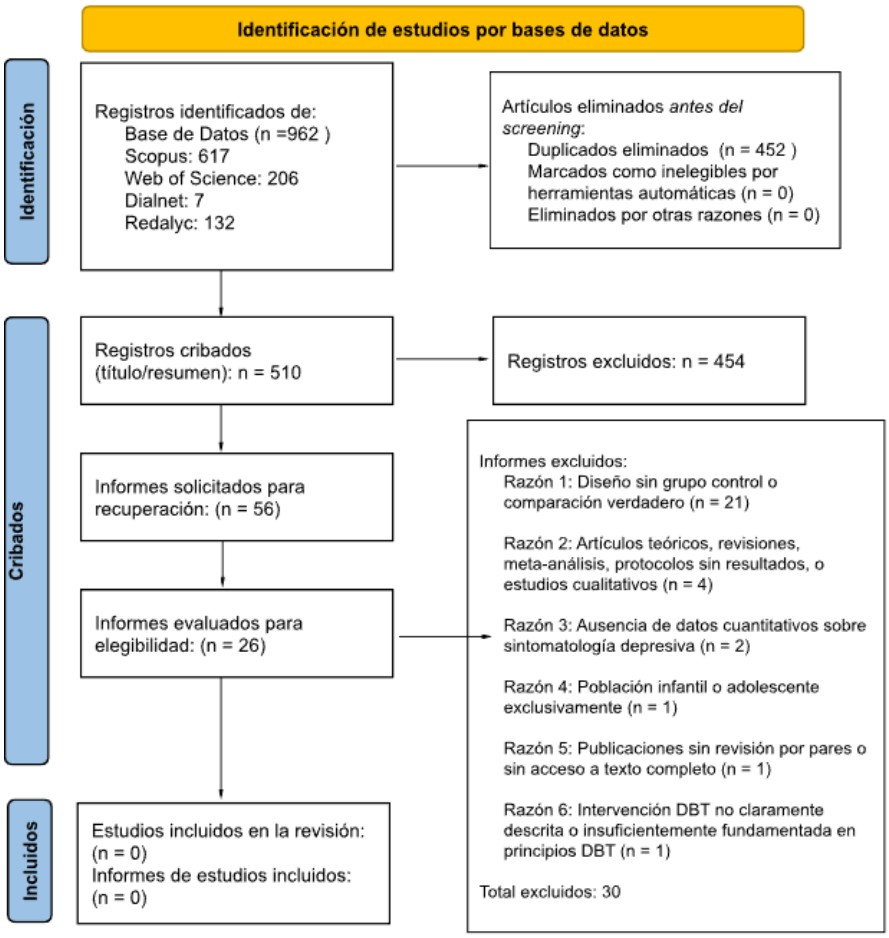
"DBT" AND "Depression" AND "Adults" (210 en Scopus, 85 en Web of Science), "Terapia Dialéctico Conductual" AND "Depresión" AND "Adultos" (37 en Redalyc, 3 en Dialnet) y "Terapia Dialéctica Conductual" AND "Depresión" AND "Adultos" (34 en Redalyc, 3 en Dialnet). Todos los registros recuperados fueron depurados utilizando la herramienta de eliminación de duplicados de Mendeley Reference Manager, obteniéndose 510 registros únicos.

En el cribado inicial (Cribado 1), se revisaron los títulos y resúmenes de estos 510 registros. Se incluyeron únicamente los estudios que mencionaban explícitamente la intervención de Terapia Dialéctico Conductual (DBT), la presencia de sintomatología depresiva y la población adulta en el título o el resumen. Como resultado, se seleccionaron 56 artículos para la evaluación en texto completo y se excluyeron 454 registros que no cumplían con estos tres componentes.

En el cribado 2, los 56 artículos seleccionados fueron evaluados en texto completo aplicando todos los criterios de inclusión y exclusión definidos. Tras esta revisión, se incluyeron 26 estudios que cumplían con los requisitos metodológicos. Los 30 artículos restantes fueron excluidos por las siguientes razones principales: diseño sin grupo control o comparación adecuado (n = 21), ser artículos teóricos, revisiones o protocolos (n = 4), ausencia de datos cuantitativos sobre sintomatología depresiva (n = 2), población menor de 18 años exclusivamente (n = 1), sin acceso al texto completo (n = 1), intervención DBT insuficientemente descrita (n = 1) y diseño enfocado en predictores de tratamiento sin evaluar la eficacia de la intervención (n = 1). El proceso completo de identificación, cribado y selección de estudios se muestra en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

Figura 1.

Diagrama Prisma



Se analizaron 26 estudios clínicos que evaluaron la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) en adultos con sintomatología depresiva en distintos contextos clínicos y diseños de investigación. Estos trabajos incluyeron comparaciones de DBT, principalmente en formato estándar o de entrenamiento en habilidades, frente a lista de espera, tratamiento habitual, otros tratamientos psicológicos activos basados en la evidencia y combinaciones con tratamiento farmacológico, además de formatos breves u online con aplicación parcial del modelo. Las principales características metodológicas y clínicas de los estudios se presentan en la Tabla 2.

En los estudios incluidos se identificaron distintos patrones en los resultados sobre la eficacia de la DBT en la depresión en adultos. En primer lugar, se observaron ensayos que compararon la intervención con condiciones pasivas de control. En tres estudios la Terapia Dialéctico Conductual, aplicada principalmente en formato de entrenamiento en habilidades, fue superior a la lista de espera en la reducción de la sintomatología depresiva. Estos trabajos

compararon grupos de adultos en contextos comunitarios o clínicos que recibieron DBT grupal frente a condiciones de espera sin intervención activa (Bharmal et al., 2022; Feldman et al., 2009; Harley et al., 2008). En intervenciones de entre 7 y 16 sesiones, evaluadas mediante medidas estandarizadas de depresión (PHQ-9, HAM-D, BDI) en pre y postratamiento, se observaron interacciones tiempo × grupo significativas o diferencias de medias postratamiento a favor de la DBT.

En un segundo grupo de estudios, la Terapia Dialéctico Conductual mostró una ventaja comparativa frente al tratamiento habitual para la reducción de la sintomatología depresiva. En estos trabajos, la DBT (en formato completo o centrada en habilidades) se comparó con "Treatment as Usual" (TAU), que incluía atención psiquiátrica y/o intervenciones no especializadas (Azevedo et al., 2024; Koons et al., 2001; Pasieczny & Connor, 2011). Los resultados indicaron mejoras significativamente mayores o tasas de respuesta superiores en los grupos que recibieron DBT. De forma parcial, Gilbert y Lynch (2023) observaron una ventaja a favor de la DBT a los 7 meses ($p = .04$), aunque las diferencias desaparecieron en los seguimientos de 12 y 18 meses.

En un tercer grupo de estudios, la DBT se comparó con otros tratamientos psicológicos activos y estructurados basados en la evidencia. En este conjunto, el patrón predominante fue de equivalencia en la reducción de la sintomatología depresiva. Comparaciones entre DBT y Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Cognitiva Grupal, Terapia Cognitivo-Conductual por expertos, Manejo Psiquiátrico General u otros grupos de apoyo activos mostraron mejoras significativas desde la línea base en ambos brazos, sin diferencias estadísticamente significativas entre tratamientos en los análisis entre grupos (Navarro-Haro et al., 2018; Lin et al., 2018; Harned et al., 2008; McMain et al., 2009; Sahranavard & Miri, 2018; Neacsiu et al., 2014). Una excepción a este patrón fue el estudio de Taghvaeinia et al. (2024), en el que la Terapia de Aceptación y Compromiso mostró superioridad frente a DBT.

En un subgrupo de estudios con población geriátrica, la combinación de DBT con tratamiento farmacológico antidepresivo mostró una eficacia superior a la medicación sola. En adultos mayores de 60 años con depresión mayor, la DBT añadida a antidepresivos se comparó con gestión clínica y medicación sin psicoterapia intensiva (Lynch et al., 2003; Lynch et al., 2006). En ambos trabajos se observaron tasas de remisión más altas y puntuaciones significativamente menores en medidas de depresión como la HAM-D y el BDI en el grupo DBT+AD frente al grupo con solo antidepresivos.

Por último, en los estudios que evaluaron formatos no estándar de DBT los resultados fueron heterogéneos y menos consistentes que en las intervenciones presenciales estructuradas. Se analizaron intervenciones de muy baja intensidad (taller único), programas breves en línea o componentes aislados de DBT, generalmente comparados con lista de espera, condiciones de control mínimas o apoyo de pares (Lee et al., 2023; Hughes et al., 2022; Segal et al., 2025). Globalmente, no se observaron efectos robustos sobre la depresión: algunos estudios no hallaron diferencias significativas frente a los controles y otros mostraron beneficios limitados a componentes específicos, sin un patrón claro de superioridad global de estos formatos breves u online.

Tabla 2.

Descripción de los estudios incluidos

Estudio (Autor, año, país)	Objetivo del estudio	Muestra y diseño	Instrumentos para depresión	Principales resultados
Azevedo et al., 2024, Portugal	Evaluar la adaptación de habilidades DBT (Bi-REAL) en adultos con trastorno bipolar, incluyendo cambios en síntomas depresivos y recuperación.	51 adultos (65.4% mujeres; 33 mujeres, 18 hombres); 26 en DBT+TAU y 25 en TAU solo; ensayo piloto con dos grupos, 12 sesiones online. TAU consistió en apoyo psiquiátrico cada 3–6 meses y psicoterapia no especializada ocasional	HDRS (Hamilton); basal, post y seguimiento.	HDRS depresión (media, DE) – grupo DBT+TAU: 4.59 (0.72) basal, 3.46 (0.77) post, 4.43 (0.78) seguimiento 3 meses; grupo TAU: 3.88 (0.73), 5.10 (0.90), 7.06 (0.93). Diferencia significativa en seguimiento a favor de DBT (p=0.026).
Taghvaeinia et ssal., 2024, Irán	Comparar DBT, MBSR y ACT en depresión, ansiedad, síntomas y calidad de vida en adultos con SII.	83 adultos con SII (54 hombres, 29 mujeres); 20 en DBT, 19 en MBSR, 22 en ACT y 22 en grupo control; ensayo controlado con 8 sesiones grupales.	BDI-II; pre/post.	Depresión (BDI-II) mejora significativa del pre al post en la muestra total (d=0.21; p=0.001; F(3,79)=6.587). Interacción grupo×tiempo significativa para depresión (d=0.26; p=0.001; F(3,79)=6.792). Comparaciones post-hoc: ACT redujo más la depresión que DBT y MBSR (p<0.001); grupos DBT, ACT y MBSR con diferencias significativas frente al grupo control (p<0.001).
Bharmal et al., 2022, Reino Unido	Evaluar un taller grupal breve de habilidades de afrontamiento híbrido (CBT+DBT) en adultos con depresión y	52 adultos (32 mujeres, 20 hombres; M edad=42, DE=15.46); 26 en	PHQ-9, pre (1.ª semana) y post (7.ª semana).	Condición intervención: PHQ-9 media 16.73 (DE 6.42) pre y 10.85 (DE 6.62) post. Condición control: PHQ-9 media 13.88 (DE 5.03) pre y 16.12 (DE

	dificultades complejas en atención primaria.	condición de intervención y 26 en lista de espera. Taller grupal de 7 sesiones.		5.69) post. efecto principal de condición significativo y efecto principal de tiempo significativo; interacción condición×tiempo para PHQ-9: $F(1,50)=38.36$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.43$.
Segal et al., 2025, Israel	Evaluación de una breve intervención online de habilidades DBT (Aceptación Radical y TIP) en mujeres con estrés de guerra, comparada con control.	130 mujeres; 43 RA, 44 TIP, 43 control; intervención online, evaluación en línea, seguimiento a 3 semanas.	DASS-21 Depresión; pre, post intervención	ANOVA: efecto de Tiempo significativo, $F(1,127)=5.77$, $p=0.018$, $\eta^2_p=0.043$; sin efecto de Condición, $F(2,127)=0.35$, $p=0.709$, $\eta^2_p=0.005$; interacción Tiempo×Condición significativa, $F(2,127)=4.33$, $p=0.015$, $\eta^2_p=0.064$. Solo el grupo de Aceptación Radical (RA) muestra disminución significativa en depresión de pre a post, $F(1,127)=12.81$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.091$; TIP y control no presentan cambios significativos.
Lee et al., 2023, EE.UU.	Analizar el efecto de un taller breve autoaplicado basado en habilidades DBT en universitarios, diseñado principalmente para reducir estrés y ansiedad, registrando también cambios en depresión.	131 universitarios; 65 taller, 66 lista de espera; intervención única.	DASS-21; pre/seguimiento.	No se observa diferencia significativa entre grupos en depresión (DASS-D) en el seguimiento: $F(1,91)=2.87$, $p=0.09$, $\eta^2_p=0.03$.
McMain et al., 2022, Canadá	Evaluar la eficacia comparativa de 6 meses (DBT-6) versus 12 meses (DBT-12) de DBT en adultos con TLP, incluyendo síntomas depresivos como resultado secundario.	240 adultos con TLP; 120 asignados a DBT-6 y 120 a DBT-12; estudio de no inferioridad sin grupo control externo, con seguimiento hasta 24 meses.	BDI-II; múltiples puntos.	Tamaños de efecto para BDI-II: análisis por intención de tratar – DBT-12: d=0.53 (mes 6), 0.80 (mes 12), 0.94 (mes 24); DBT-6: d=0.98, 0.82, 0.81. Análisis por protocolo – DBT-12: d=0.63, 0.94, 1.03; DBT-6: d=1.08, 0.87, 0.85. El estudio no establece la no inferioridad de DBT-6 frente a DBT-12 en depresión y no incluye comparación con grupo control externo.
Hughes et al., 2022, EE.UU.	Evaluar, en un piloto RCT, los efectos y la factibilidad de un programa online de habilidades DBT sobre ansiedad, depresión y desregulación emocional en personas con esclerosis múltiple y sus acompañantes.	40 participantes (20 pares); 20 DBT, 20 control (grupo de apoyo facilitado entre pares); intervención online 12 semanas.	HADS-D; pre/post/seguimiento.	Postintervención: efecto de DBT vs FPS en HADS-D B=2.36, SE=1.36, p=0.10, d=−0.46. Seguimiento 26 semanas: B=2.26, SE=1.57, p=0.16, d=−0.39; no se observan diferencias significativas entre grupos en depresión en ninguno de los puntos.
Navarro-Haro et al., 2018, España	DBT estándar vs CBT en mujeres con TLP y trastornos alimentarios.	118 mujeres; 71 DBT, 47 CBT; intervención 6 meses.	BDI-II; pre/post.	DBT: BDI-II de 30.53 (DE 15.69) a 23.86 (DE 17.78), t=3.49, p<0.001. CBT: BDI-II de 26.75 (DE 13.99) a 29.83 (DE 18.23), t=0.51, p=0.61. ANOVA entre grupos: F=5.66, p=0.02.

Walton et al., 2020, Australia	DBT vs Modelo Conversacional (CM) en adultos con TLP y autolesión.	162 adultos; 81 DBT, 81 CM; 14 meses intervención.	BDI-II; inicio, 7 y 14 meses.	BDI-II DBT: 38.63 (inicio), 24.54 (7 meses), 15.94 (14 meses). BDI-II CM: 35.64 (inicio), 27.88 (7 meses), 22.13 (14 meses). Diferencia en la trayectoria de reducción de BDI-II entre grupos significativa, χ^2=8.00, p=0.005 (DBT con mayor reducción que CM).
Cancian et al., 2017, Brasil	Grupo de habilidades DBT en adultos con obesidad.	31 adultos; 14 DBT, 17 espera; 10 sesiones.	DASS-21; pre/post.	Entre grupos (DBT vs espera): d=0.82 para depresión, no significativa tras corrección FDR.
Lin et al., 2018, Taiwán	DBT grupal vs. cognitiva grupal en depresión en universitarios con TLP y antecedentes suicidas.	82 universitarios; 42 DBT, 40 CTG; 8 sesiones, seguimiento 32 semanas.	KDI; baseline, 4, 8, 20, 32 semanas.	Efecto grupo×tiempo no significativo (4, 8, 20 y 32 semanas: β entre −5.04 y −0.92, todos p>0.05), sin diferencias en la reducción de depresión entre DBT y cognitiva. En ambos grupos, las puntuaciones de depresión disminuyen significativamente desde la línea base en 4 semanas (β=−16.86, p<0.01), 8 semanas (β=−7.79, p<0.01), 20 semanas (β=−4.03, p<0.01) y 32 semanas (β=−3.27, p<0.01), con la mayor caída en las primeras 4 semanas.
Harned et al., 2008, EE.UU.	Comparar DBT vs tratamiento comunitario por expertos (CTBE) en mujeres con TLP y depresión mayor, evaluando remisión y recaída de MDD en 2 años.	101 mujeres; 52 DBT, 49 CTBE; 1 año tratamiento, 1 año seguimiento.	SCID-I para diagnóstico de MDD; LIFE para curso y remisión de MDD (seguimiento regular durante 2 años).	Al cabo de 2 años, proporción con remisión de MDD: DBT 67.6%, CTBE 48.0%, diferencia no significativa (p=0.13). No se observan diferencias significativas entre grupos en tiempo hasta remisión ni en tasas de recaída de MDD.
Pistorello et al., 2012, EE.UU.	DBT vs tratamiento optimizado (O-TAU) en universitarios con ideación suicida y criterios TLP.	63 universitarios; 31 DBT, 32 O-TAU; 7-12 meses de intervención, seguimiento 18 meses.	BDI-II; varios puntos.	BDI-II: efecto significativo de tiempo, F(4,172)=8.16, p<0.0001, d=0.78, y de condición, t(54)=2.78, p=0.008, d=0.76. Las condiciones no difieren hasta los 6 meses; desde los 6 meses aparecen diferencias a favor de DBT: 6 meses F(1,168)=7.33, p=0.008, d=0.70; 12 meses t(168)=2.95, p=0.004, d=0.74; seguimiento t(168)=3.19, p=0.002, d=0.80. A los 18 meses, medias BDI-II: DBT 7.61, O-TAU 15.42.
Neacsiu et al., 2010, EE.UU.	Evaluar si el uso de habilidades DBT media la reducción de depresión en mujeres adultas con TLP tratadas en DBT frente a	108 mujeres con TLP; 54 recibieron DBT y 54 distintos tratamientos control activos (tres	HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression);	En los modelos HLM, el tiempo en tratamiento predijo una disminución de la depresión medida con HRSD (coeficiente de tiempo = 0.91, p < 0.001). Al

	tratamientos control.	estudios originales); 1 año de tratamiento y 4 meses de seguimiento; análisis longitudinal con modelos jerárquicos (HLM).	evaluaciones repetidas durante el tratamiento y en seguimiento.	añadir el uso de habilidades DBT como mediador, el coeficiente de tiempo se redujo a 0.29 y dejó de ser significativo (p > 0.05), mientras que el efecto de mediación fue significativo (IC 95% [0.02, 0.29]). El modelo inverso, en el que la depresión mediaba el uso de habilidades, no fue significativo.
McMain et al., 2009, Canadá	Comparar DBT estándar con tratamiento psiquiátrico general (TPG) en adultos con TLP y conducta suicida, incluyendo cambios en depresión.	180 adultos; 90 DBT y 90 TPG; 12 meses de tratamiento con evaluaciones cada 4 meses.	BDI; línea base, 4, 8 y 12 meses.	Las puntuaciones de depresión (BDI) disminuyeron en ambos grupos sin diferencias significativas en la trayectoria de cambio entre DBT y tratamiento psiquiátrico general (coeficiente de grupo = 0.30, p = 0.16).[file:25602e5e-35e3-4901-aaf6-615ff2852728]
Soler et al., 2009, España	Comparar un programa grupal de entrenamiento en habilidades DBT (DBT-ST) con una terapia grupal estándar (SGT) de orientación psicodinámica en pacientes con TLP.	60 pacientes con TLP; 29 asignados a DBT-ST y 30 a SGT	HRSD-17; pre/post.	DBT-ST: media HRSD-17 de 17.05 en línea base a 11.11 post; SGT: de 20.67 a 16.00. La reducción de depresión fue significativamente mayor en DBT-ST que en SGT (análisis entre grupos F=4.59, p=0.001).
Feldman et al., 2009, EE.UU.	Entrenamiento DBT en depresión mayor resistente al tratamiento.	24 adultos; 12 DBT, 12 lista de espera; 16 sesiones semanales, farmacoterapia estable en ambos.	HAM-D; pre/post.	DBT: HAM-D de 16.90 (pre) a 11.30 (post). Lista de espera: 18.89 a 17.11. La interacción grupo × tiempo fue significativa (p<0.05), indicando una mayor reducción de depresión en DBT. El aumento en procesamiento emocional se asoció con mayor disminución de depresión solo en DBT (p=0.014).
Harley et al., 2008, EE.UU.	Evaluar DBT grupal de habilidades como complemento a farmacoterapia estable frente a lista de espera en adultos con depresión mayor resistente al tratamiento.	24 adultos; 13 DBT, 11 lista espera; 16 sesiones grupales semanales.	HAM-D, BDI; pre/post.	HAM-D de 16.90 a 11.30; BDI de 27.90 a 15.10. Lista de espera: HAM-D de 18.89 a 17.11; BDI de 27.44 a 25.89. La reducción de depresión fue significativamente mayor en DBT que en lista de espera en ambas medidas, con tamaños de efecto grandes.
Lynch et al., 2006, EE.UU.	Evaluar DBT añadida a antidepresivos (DBT+AD) frente a solo antidepresivos (AD) en adultos mayores con depresión crónica y trastorno de personalidad, en dos estudios.	Estudio 1: 34 ≥60 años; 17 DBT+AD, 17 AD; 28 semanas. Estudio 2: 37 ≥55 años; 18 DBT+AD, 17 AD; seguimiento 6 meses.	HAM-D, BDI; pre/post/seguimiento.	Estudio 1: remisión HAM-D post tratamiento: 71% DBT+AD vs 47% AD; a 6 meses: 75% vs 31%. Estudio 2: remisión alcanzada antes en DBT+AD; al seguimiento, remisión 59% DBT+AD vs 64% AD. Medias HAM-D post: 7.88 (DBT+AD) vs 11.26 (AD).
Soler et al., 2005, España	DBT+olanzapina vs DBT+placebo en adultos con TLP.	60 adultos; 30 DBT+olanzapina, 30 DBT+placebo; doble ciego, 12	HAM-D; pre/post.	DBT+olanzapina: HAM-D de 22.5 (pre) a 13.71 (post). DBT+placebo: 20.67 a 15.8. La reducción de depresión fue significativamente

		semanas.		mayor en DBT+olanzapina (análisis entre grupos F=4.24, p=0.004).
Lynch et al., 2003, EE.UU.	Evaluar DBT grupal con coaching telefónico añadida a antidepresivos (DBT+AD) frente a solo antidepresivos (AD) en adultos mayores con depresión mayor.	34 adultos ≥60 años; 17 DBT+AD, 17 AD; 28 semanas de tratamiento y seguimiento a 6 meses.	HAM-D, BDI; pre/post/seguimiento.	En DBT+AD, BDI disminuyó de 18.68 a 12.93 (F=14.78, p<0.006). En HAM-D, la remisión post fue 71% en DBT+AD vs 47% en AD; a 6 meses, 75% vs 31% (χ^2=16.15, p=0.01), indicando mayor remisión mantenida con DBT+AD.
Koons et al., 2001, EE.UU.	DBT vs tratamiento habitual en mujeres veteranas con TLP.	20 mujeres; 10 DBT, 10 TAU; 6 meses intervención.	BDI; pre, 3 y 6 meses.	Ambos grupos mostraron disminución significativa en BDI, pero la reducción fue mayor en DBT: interacción grupo × tiempo significativa (F=6.16, p=0.01); tamaño de efecto pre-post en DBT grande (d≈1.04).
Pasieczny & Connor, 2011, Australia	DBT vs tratamiento habitual en adultos TLP en servicio público rutinario.	90 adultos; 45 DBT 6m, 45 TAU.	BDI-II; pre/6m.	BDI-II DBT bajó de 34.91 (DE 13.03) a 18.00 (DE 14.28); TAU de 37.93 (DE 11.05) a 33.93 (DE 13.86); reducción mayor en DBT (F=12.77, p=0.001, d=1.23).
Sahranavard & Miri, 2018, Irán	CBT vs DBT en reducción de depresión en mujeres con abuso de sustancias.	30 mujeres; 10 CBT, 10 DBT, 10 control; 8 sesiones, cuasi-experimental.	BDI; pre/post.	CBT: BDI de 29.3 a 17.5 (F=51.91, p=0.001, η^2=0.75). DBT: BDI de 29.3 a 14.7 (F=106.62, p=0.001, η^2=0.86). Ambas intervenciones redujeron significativamente la depresión frente al grupo control, sin diferencias significativas entre CBT y DBT.
Neacsiu et al., 2014, EE.UU.	DBT-ST vs grupo de apoyo activo (ASG) en adultos con ansiedad o depresión (sin TLP).	44 adultos; 22 DBT-ST, 22 ASG; 16 sesiones grupales, seguimiento 2 meses.	PHQ-9; pre/post/seguimiento.	Ambos grupos reducción significativa en depresión: DBT-ST d=2.34, ASG d=1.32 pre-post; no diferencias entre grupos.
Gilbert & Lynch et al., 2023, Reino Unido	Mediar impacto RO DBT en reducción de síntomas depresivos en adultos con depresión resistente al tratamiento.	250 adultos; 162 RO DBT+TAU, 88 TAU; seguimiento 18 meses.	HAM-D; inicio, 7, 12, 18 meses.	A los 7 meses: RO DBT HAM-D media 16.29, TAU 19.13 (p=0.04); a 12 y 18 meses no diferencias entre grupos. Reducción mediada por flexibilidad psicológica y funcionamiento interpersonal.

Discusión.

En esta revisión, la DBT muestra una ventaja consistente frente a condiciones de control poco activas (listas de espera) y una ventaja inicial frente al tratamiento habitual (TAU), especialmente en la reducción temprana de la sintomatología depresiva. Este patrón resulta

coherente con revisiones recientes que señalan que las terapias psicológicas de tercera generación, entre ellas la DBT, se asocian con mayores reducciones de síntomas depresivos frente a controles pasivos o cuidados mínimos (Moya López et al., 2025). Sin embargo, la pérdida de esta ventaja frente al TAU en los seguimientos más prolongados observada en uno de los estudios incluidos se alinea con la revisión sistemática específica sobre RO-DBT, donde los efectos diferenciales frente al tratamiento habitual tienden a atenuarse entre los 12 y 18 meses (Hatoum y Burton, 2024). En conjunto, estos datos sugieren que la DBT podría favorecer una mejoría más rápida en comparación con el cuidado usual, aunque los resultados a largo plazo tienden a converger, lo que invita a matizar la idea de efectos sostenidos más allá del periodo inmediato posterior a la intervención.

En relación con los tratamientos psicológicos activos, los resultados de esta revisión muestran un patrón de equivalencia entre DBT y otras intervenciones, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia cognitiva grupal o el manejo psiquiátrico general, sin diferencias significativas en la reducción de la sintomatología depresiva. Este hallazgo es consistente con el panorama descrito por Moya López et al. (2025), quienes sitúan a las terapias de tercera generación como alternativas eficaces dentro del repertorio de intervenciones psicológicas, pero en términos generales comparables a otros tratamientos activos más tradicionales, más que claramente superiores a ellos. De modo similar, las revisiones centradas en RO-DBT señalan la ausencia de evidencia concluyente que demuestra una superioridad robusta frente a comparadores activos, siendo más consistente la ventaja frente al tratamiento usual (Hatoum y Burton, 2024).

Respecto a los formatos breves u online de DBT, los hallazgos de esta revisión son heterogéneos y no permiten identificar un patrón sólido de eficacia global sobre los síntomas depresivos. Este resultado contrasta parcialmente con trabajos que describen buena viabilidad y resultados prometedores de adaptaciones virtuales de corta duración de otras terapias de tercera generación en contextos de atención primaria (Moya López et al., 2025). Una explicación posible es la variabilidad de los protocolos incluidos en este análisis, ya que varios de ellos se basan en intervenciones de muy baja intensidad o en componentes parciales de DBT, frente a los programas más estandarizados recogidos en dichas revisiones.

Más allá de estas coincidencias y discrepancias con la literatura previa, es necesario considerar las limitaciones de los estudios incluidos, que condicionan el alcance de las conclusiones de esta revisión. En primer lugar, los estudios analizados presentan limitaciones que condicionan la interpretación global de los resultados. Es frecuente la presencia de muestras

pequeñas, diseños cuasiexperimentales sin asignación aleatoria, así como la coexistencia de múltiples diagnósticos clínicos, lo que dificulta aislar el efecto específico de la DBT sobre la depresión. Además, en varios trabajos la depresión se evalúa como desenlace secundario, sin un protocolo claramente orientado a este objetivo, y se utilizan diferentes instrumentos y tiempos de seguimiento, lo que incrementa la heterogeneidad y limita la comparabilidad entre estudios.

En cuanto a la calidad metodológica, los puntajes obtenidos mediante la rúbrica oscilan entre 69,5 y 81 puntos sobre 100. Del total de 26 estudios incluidos, 4 alcanzan puntajes iguales o superiores a 80 puntos, 4 se ubican en el rango de 75 a 79,9 puntos, 17 se sitúan entre 70 y 74,9 puntos y solo 1 estudio obtiene un puntaje inferior a 70 puntos. En conjunto, la mayoría de los trabajos se concentra en el intervalo de 70 a 74,9 puntos, con un grupo menor en los rangos superiores y un único estudio por debajo de 70, lo que sugiere una calidad metodológica global aceptable, aunque con margen de mejora en varios aspectos de diseño y reporte.

Esta revisión presenta varias fortalezas metodológicas. En primer lugar, la estrategia de búsqueda se construye de manera rigurosa, con 72 combinaciones de términos que integran intervención, condición clínica y población, y se aplica de forma sistemática en cuatro bases de datos (Scopus, Web of Science, Dialnet y Redalyc), complementada con el uso de Mendeley Reference Manager para la gestión y depuración de duplicados. Este procedimiento permite identificar y seleccionar 26 estudios clínicos, lo que proporciona un volumen de evidencia considerable. Además, el proceso de selección sigue un procedimiento donde dos revisores realizan de forma independiente la revisión de títulos y resúmenes, la lectura a texto completo y la extracción de datos, discuten las discrepancias y alcanzan consensos, lo que incrementa la fiabilidad y reduce el sesgo individual. Finalmente, a diferencia de otras revisiones más amplias sobre la Terapia Dialéctico Conductual y su variante radicalmente abierta, que incluyen poblaciones mixtas y diagnósticos diversos (Hatoum y Burton, 2024; Moya López et al., 2025), esta revisión se centra específicamente en la depresión en población adulta, lo que permite un foco más definido sobre este grupo clínico.

Al mismo tiempo, la propia revisión presenta limitaciones relevantes. Una de las principales decisiones metodológicas consiste en flexibilizar los criterios clínicos de inclusión, de modo que se aceptan estudios donde la depresión no es necesariamente el diagnóstico principal, sino que puede aparecer como síntoma comórbido o como variable de resultado secundaria, siempre que se evalúe con instrumentos estandarizados y se reporten claramente los cambios en esta dimensión. Esta ampliación permite recuperar un número suficiente de estudios, pero aumenta la heterogeneidad clínica y dificulta estimar hasta qué punto la eficacia observada se

debe a efectos específicos sobre la depresión o a cambios más globales en cuadros complejos, como el trastorno límite de la personalidad u otros trastornos emocionales mixtos. De forma paralela, se flexibilizan los criterios iniciales que exigen el uso exclusivo del protocolo completo de DBT para incluir intervenciones basadas en componentes específicos, como entrenamientos en habilidades o RO-DBT, siempre que estén claramente fundamentadas en el modelo y describan adecuadamente sus procedimientos, frecuencia y duración. Esta decisión permite captar mejor la diversidad de formatos en la práctica clínica, pero introduce variabilidad adicional en la intensidad y fidelidad de las intervenciones.

Asimismo, la búsqueda se limita a artículos publicados en inglés y español, lo que puede excluir evidencia relevante disponible en otros idiomas y favorecer un posible sesgo de idioma y de publicación. Otra limitación es que no se realiza un metaanálisis formal, por lo que los resultados se sintetizan de manera narrativa y no se dispone de estimaciones cuantitativas combinadas del efecto de la DBT sobre la depresión. Finalmente, aunque se aplica una herramienta estandarizada para evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos, estos resultados se utilizan de forma descriptiva y no se integran aún en análisis de sensibilidad o en ponderaciones específicas de la evidencia.

En conjunto, los resultados de esta revisión muestran que la DBT se asocia con reducciones significativas de la sintomatología depresiva en adultos y que tiende a ser más eficaz que condiciones de control pasivas y que el tratamiento habitual a corto plazo, aunque no muestra una superioridad consistente frente a otros tratamientos psicológicos activos. Esto sitúa a la DBT como una alternativa válida dentro del conjunto de intervenciones eficaces para la depresión en adultos, más que como un tratamiento claramente superior. Desde una perspectiva teórica, estos hallazgos son coherentes con la relevancia de los procesos que aborda la DBT (regulación emocional, tolerancia al malestar, mindfulness) en la depresión, pero no permiten concluir que este enfoque sea más eficaz que otras terapias estructuradas centradas en procesos similares.

Desde el punto de vista de la investigación futura, los resultados subrayan la necesidad de estudios controlados con muestras más homogéneas y diagnóstico principal de depresión, así como de protocolos de DBT aplicados de forma estandarizada que permitan delimitar mejor sus efectos específicos y comparar con mayor precisión su rendimiento frente a otros tratamientos psicológicos estructurados. Además, la mayoría de los estudios incluidos se realizan con muestras predominantemente femeninas, lo que deja abiertas preguntas relevantes sobre la eficacia y aceptabilidad de la DBT en hombres. También se requieren investigaciones que evalúen de manera más sistemática los formatos breves y online de DBT, utilizando diseños y

protocolos más uniformes, para aclarar en qué condiciones estos formatos pueden constituir alternativas válidas o complementarias a las intervenciones presenciales estándar.

Conclusión.

Esta revisión sistemática identifica y analiza 26 estudios que evalúan la Terapia Dialéctico Conductual en adultos con sintomatología depresiva, describiendo sus características metodológicas y clínicas, comparando sus resultados con distintas condiciones de tratamiento.

Los datos disponibles indican que la DBT se asocia con reducciones significativas de los síntomas depresivos en adultos y que tiende a ser más eficaz que condiciones de control pasivas y que el tratamiento habitual a corto plazo. Sin embargo, cuando se compara con otros tratamientos psicológicos estructurados, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia cognitiva grupal o el manejo psiquiátrico general, no se observa una superioridad consistente de la DBT en la reducción de la sintomatología depresiva, e incluso en un estudio otra intervención, la Terapia de Aceptación y Compromiso, muestra mejores resultados que la DBT.

La evidencia revisada sugiere que la DBT puede considerarse una alternativa válida dentro del conjunto de intervenciones eficaces para la depresión en adultos, especialmente relevante en contextos de comorbilidad y en población geriátrica cuando se combina con tratamiento antidepresivo. No obstante, la heterogeneidad de las muestras, la frecuente consideración de la depresión como desenlace secundario y la variabilidad en los formatos de aplicación limitan la posibilidad de establecer conclusiones definitivas sobre su superioridad clínica. Se requieren estudios adicionales, más rigurosos y específicos para la depresión, que permitan precisar el papel de la DBT en comparación con otras opciones terapéuticas disponibles.

Referencias

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74. https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Azevedo, J., Swales, M., Carreiras, D., Guiomar, R., Macedo, A., & Castilho, P. (2024). BI-REAL: A 12-session DBT skills group intervention adapted for bipolar disorder – a feasibility randomised pilot trial. *Journal of Affective Disorders, 356*, 394–404. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.033

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry, 62*(9), 953–959. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953

Bharmal, H., Moore, R., & Kelly, J. (2022). Evaluation of a transdiagnostic group intervention in a primary care mental health service: A pilot study. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 22*(2), 197–210. https://doi.org/10.1007/s10865-022-00314-3

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58*(3), 249–265. https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). *The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry*. Annals of Family Medicine, 2(6), 576–582. https://doi.org/10.1370/afm.245

Cancian, A. C. M., de Souza, L. A. S., Liboni, R. P. A., Machado, W. de L., & Oliveira, M. da S. (2017). Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: A Brazilian pilot study. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 24*(6), 1099–1111. https://doi.org/10.1007/s40519-017-0461-2

Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 173*(7), 680–687. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15091141

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Straten, A., & Ebert, D. D. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 159*, 118–126. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026

Eaton, W. W. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 65*(5), 513–520. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513

Eurostat. (2021). *Share of population reporting chronic depression, by country*. European Union. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_mh1e

Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(4), 316–321. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.005

Gilbert, K., Codd, R. T. III, Hoyniak, C., Tillman, R., Baudinet, J., Pires, P. P., Hempel, R., Russell, I., & Lynch, T. R. (2023). Processes of change in a randomized clinical trial of radically open dialectical behavior therapy (RO DBT) for adults with treatment-refractory depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 91*(2), 71–81. https://doi.org/10.1037/ccp0000795

Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. The Journal of Nervous and Mental Disease, 196(2), 136–143. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318162aa3f

Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. Behaviour Research and Therapy, 46(5), 577–588.

https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.004

Hatoum, A. H., & 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

Hughes, A. J., Botanov, Y., & Beier, M. (2022). Dialectical behavior therapy skills training for individuals with multiple sclerosis and their support partners: A pilot randomized controlled trial. Multiple Sclerosis and Related Disorders, 61, 103771. https://doi.org/10.1016/j.msard.2022.103771

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2023). *Global health data exchange (GHDx): Global burden of disease study results*. IHME. https://ghdx.healthdata.org

Junkes, L., Stübe, M., Kapczinski, F., Farenzena, D., Rosa, V., & Passos, I. C. (2024). Dialectical behavior therapy as an intervention for treatment-resistant depression in adults: A protocol for systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE, 19*(5), e0303967. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303967

Klerman, G. L., Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for depression* (Rev. ed.). Basic Books.

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & Bastian, L. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 32*(2), 371–390. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80009-5

Kourroski, B., Rengel, R., & Santalla, Z. (2025). *Efectividad del arteterapia en la reducción de la sintomatología de personas diagnosticadas con esquizofrenia: Revisión sistemática* [Rúbrica de evaluación adaptada para revisión sistemática no publicada].

Lee, C. S., Bowman, M., & Wu, J. L. (2023). Preliminary outcomes from a single-session, asynchronous, online stress and anxiety management workshop for college students. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 45*, e20210448. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0448

Lin, T.-J., Ko, H.-C., Wu, J. Y.-W., Oei, T. P. S., Lane, H.-Y., & Chen, C.-H. (2018). The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research, 23*(1), 82–99. https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104

Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2006). *Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach.* International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(2), 131–143. https://doi.org/10.1002/gps.1703

Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. American Journal of Geriatric Psychiatry, 11(1), 33–45. https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.11.1.33

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press. https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=UZim3OAPwe8C

Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). The Guilford Press. https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=VfMZBQAAQBAJ

Marcia, J. E. (2016). Psychosocial stages of development (Erikson). In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1–13). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1418-1

McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Dixon-Gordon, K. L., Guimond, T., Labrish, C., et al. (2022). The effectiveness of 6 versus 12 months of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A noninferiority randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 91*(6), 382–397. https://doi.org/10.1159/000525102

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1365–1374. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039

Moya López, C. F., Maynaguez Canacuan, S. P., Espinoza López, L. A., & Arguello Muñoz, N. J. (2025). Eficacia de las terapias psicológicas de tercera generación en el trastorno de ansiedad y depresión: Una revisión bibliográfica. *Ciencia Y Educación*, 6(8), 225 - 233. https://doi.org/10.5281/zenodo.16938014.

Navarro-Haro, M. V., Henwood, K. S., Sheerin, C. M., & Treasure, J. (2018). Dialectical Behavior Therapy in the treatment of borderline personality disorder and eating disorders comorbidity: A pilot study in a naturalistic setting. *Cognitive Therapy and Research, 42*(5), 565–579. https://doi.org/10.1007/s10608-018-9906-9

Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 59*, 40–51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*(9), 832–839. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/handle/10665/254610

Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*. BMJ, 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(1), 4–10. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.09.006

Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 982–994. https://doi.org/10.1037/a0029096

Sahranavard, S., & Miri, M. R. (2018). A comparative study of the effectiveness of group-based cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy in reducing depressive symptoms in Iranian women substance abusers. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 31*, 15. https://doi.org/10.1186/s41155-018-0094-z

Segal, O., Hevron, H., Sher, H., Aderka, I. M., & Weinbach, N. (2025). A randomized controlled trial of an online dialectical behavior therapy skills intervention for war-related distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 93*(7), 500–510. https://doi.org/10.1037/ccp0000958

Soler, J., Pascual, J. C., Hernández-Ribas, R., & Pérez, V. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 162(6), 1221–1224. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1221

Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Álvarez, E., & Pérez Sola, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 353–358. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013

Taghvaeinia, A., Karami, M., & Azizi, A. (2024). Comparison of the effect of dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, and mindfulness-based stress reduction on irritable bowel syndrome symptoms, quality of life, anxiety and depression: A pilot randomized controlled trial. *Psychiatric Quarterly, 95*(1), 53–68. https://doi.org/10.1007/s11126-023-10058-3

Walton, C. J., Bendit, N., Baker, A. L., Carter, G. L., & Lewin, T. J. (2020). A randomised trial of dialectical behaviour therapy and the conversational model for the treatment of

borderline personality disorder with recent suicidal and/or non-suicidal self-injury: An effectiveness study in an Australian public mental health service. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 54*(10), 1020–1034. https://doi.org/10.1177/0004867420931164