

Psicoterapia Existencial de Corto Plazo en Atención Primaria: Un Reporte Cuantitativo.

Principles for the application of “Existential Experimentation” - an existential & phenomeno-logical humanistic integrative

Mark Rayner y Diego Vitali Londres. UK.

Traducido del Inglés: Rayner, M., & Vitali, D. (2015). Short-Term Existential Psychotherapy in Primary Care A Quantitative Report. *Journal of Humanistic Psychology*, 0022167815569884.

Resumen

La Experimentación Existencial es una intervención de terapia psicológica integrada de corto plazo. Hace uso de una metodología fenomenológica, aplica consideraciones del potencial humano de la psicología humanista con el fin de ayudar en la recuperación y lograr bienestar. Esta investigación explora el resultado de una aplicación sistemática de este enfoque en adultos en edad activa que fueron derivados a una intervención psicológica a causa de depresión y/o ansiedad, en términos de (a) reducir la sintomatología de depresión y/o ansiedad, (b) reducir el nivel de angustia psicológica y (c) reducir la necesidad de servicios psicológicos. La sintomatología relevante de los pacientes fue evaluada usando el Cuestionario de la Salud del Paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9) y Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) y los niveles de angustia psicológica fueron monitoreados usando CORE-OM. La magnitud del efecto pre-post fueron evaluados usando Cohen's d. El acceso de los pacientes a servicios psicológicos fueron monitoreados a 6 y 12 meses después de ser dados de alta. La magnitud de los efectos expresados demuestra que este enfoque terapéutico opera de manera efectiva en reducir la sintomatología de depresión y/o ansiedad, y al mismo tiempo muestra tasas de recaída y deserción significativamente bajas.

Palabras clave:

Psicoterapia de corto plazo, psicoterapia integrativa, terapia existencial, psicología fenomenológica, depresión

Abstract:

Existential Experimentation is a short-term

integrative psychological therapy intervention. It is based on the recent government initiative focusing on recovery and thus integrates central ideas from existential theory, utilizes a phenomenological methodology, and applies considerations of human potential from humanistic psychology to support recovery and aim for well-being. This work explores the outcomes of a systematic application of this approach to working-age adults referred for a psychological intervention for depression and/or anxiety in terms of (a) reducing depression and/or anxiety symptomatology, (b) reducing the level of perceived psychological distress, and (c) reducing the need for psychological services. The sample consisted of working-age adults referred to primary care by their general practitioner. The patients' relevant symptomatology was assessed at every contact using Patient Health Questionnaire-9 and Generalized Anxiety Disorder-7, and the level of psychological distress was monitored using CORE-OM. Pre-post effect sizes were evaluated using Cohen's d. Patients' access to psychological services was monitored at 6 and 12 months after discharge. The large effect sizes expressed show that this therapeutic approach operates effectively in reducing the symptomatology of depression and/or anxiety, while promoting significantly low relapse and dropout rates.

Key words:

Short-term psychotherapy, integrative psychotherapy, existential therapy, phenomenological psychology, depression.

INTRODUCCIÓN

Contexto

En el Reino Unido, se estima que el 15% de los adultos viviendo en hogares privados tienen un nivel clínico significativo de depresión y/o ansiedad (Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee, & Meltzer, 2003). Se ha comprobado que la depresión mayor tiene un efecto significativo en aspectos interpersonales, sociales y en el ámbito de trabajo (Sadock & Sadock, 2007) y también está asociada con angustia psicológica crónica al igual que un escalamiento a tendencias suicidas y otras experiencias psicopatológicas disruptivas (Gladstone & Beardslee, 2009). Al mismo tiempo, se ha probado que la ansiedad, que comúnmente es asociada con la depresión, afecta el nivel de productividad de trabajo e incrementa la frecuencia del acceso a servicios médicos (Andrews, Issakidis, & Carter, 2001; Harvey et al., 2011; Wittchen, 2002). Por lo tanto, se reconoce cada vez más la importancia de una intervención temprana y con prontitud que produce efectos fiables a largo plazo, previniendo un escalamiento a angustias más severas o crónicas al igual que costos onerosos a los servicios. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta Edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (American Psychiatric Association [APA], 2013), la depresión es un trastorno afectivo que se caracteriza por una pérdida de sentimiento positivo, que puede manifestar muchos síntomas, como por ejemplo dificultad en dormir, una pérdida de cuidado personal, problemas de concentración, o una inhabilidad en mantener la concentración, al igual que ansiedad y apatía hacia experiencias diarias (APA, 2013). La intervención de corto plazo existencial - integrativa adopta una visión más amplia de la persona con el propósito de conseguir un mejor conocimiento de la "humanidad" de la experiencia de los conceptos de depresión y/o ansiedad, en vez de enfocarse únicamente en los elementos psicopatológicos previamente mencionados, que aunque son característicos de la experiencia, no obstante ofrecen una visión reduccionista basada en el modelo médico. En los pacientes, el entendimiento de la depresión es muy diferente: algunos entienden su depresión en términos del trayecto de su vida y la articulan coherentemente. Pero para otros, la depresión no puede ser "explicada" y se manifiesta "sin entenderse," esto puede resultar en un entendimiento menos consistente (Burroughs et al., 2006; Karasz, Sacajiu, & Garcia, 2003). Los pacientes también reportan que la depresión afecta la textura interna de sus vidas diarias, al igual que el entendimiento de ellos mismos en términos de su identidad social e individual (Brown et al., 2001; Karp, 1994). Según Antonovsky (1979). Los retos de lidiar con la depresión son facilitados a través de la promoción de una integración de la experiencia del trastorno con un sentido de significancia y

valor personal. Es claro que existe una necesidad, y que existe un lugar importante para breves intervenciones que puedan des-arr los tratamientos principales estandarizados al igual que complementar (como es explicado a continuación) las prácticas en programas nacionales que son basadas en la evidencia. Por lo tanto, la relevancia de este enfoque es de una índole que expande el alcance de las técnicas terapéuticas actuales más allá de la sintomatología y se dirige hacia procesos que generan significación e incluyen temas existenciales. Este tipo de intervención de corto plazo desafía la taxonomía dominante y hace una deconstrucción de las nociones de trastornos psicopatológicos, a través de una visión que abarca la amplitud de la condición humana más adecuadamente en términos de una perspectiva existencial y fenomenológica. Esta investigación utilizó un formato de seis sesiones que permitió comparaciones con metodologías "aceptadas" y estrategias de intervención dominantes que eran de duración similar, e hizo caso a cuestiones de complementariedad.

Objetivo de la Investigación

Esta investigación exploró la implementación y los resultados de la Experimentación Existencial (EE) dentro del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) en el área de atención primaria. El proceso de recopilación de datos y la resultante evidencia basada en la práctica fue obtenida usando herramientas y metodologías similares a las usadas en el programa IAPT, siglas que significan Mejorando el Acceso a Terapia Psicológica (Improving Access to Psychological Therapies) del Gobierno. Esta investigación exploró la eficiencia y fiabilidad de este enfoque alternativo para suplementar y extender el potencial del programa IAPT en este trabajo extremadamente difícil e importante.

Experimentación Existencial

La filosofía existencial y la filosofía fenomenológica son dos áreas de la filosofía que contribuyen de una manera fundamental a los enfoques psicoterapéuticos aplicados a la experiencia humana, ya que forman la base para la investigación del entendimiento subjetivo (hic et nunc) de las experiencias de angustia psicológica en los clientes, que comúnmente es categorizada como un "trastorno." EE tiene sólidas raíces epistemológicas en la filosofía existencial y fenomenológica de Kierkegaard, Nietzsche, Husserl, Sartre, y Heidegger. El sistema terapéutico de EE es inspirado por el trabajo de Spinelli (2007), y su estructura operacional principal es derivada del trabajo pragmático de Lantz y Walsh (2007) en cuestión a la terapia existencial de corto plazo. EE está diseñada para abogar la integración de cuestiones existenciales,

conductuales, al igual que cuestiones de significancia para promover un entendimiento de la recuperación en base a la integración y la apropiación de la experiencia del trastorno dentro de un sentido subjetivo de significación (Shepherd, Boardman, & Slade, 2008). La aplicación de un método fenomenológico en el proceso de evaluación, observación y psicoterapia es esencial porque, como dice Schneider (2011), combina un enfoque que está inherentemente comprometido a mantener una inmersión a través de la simpatía de parte del terapeuta en la experiencia expresada por el cliente. Es más, el método fenomenológico mantiene un enfoque científico que tiene relación a las observaciones empíricas del fenómeno y las organiza sistemáticamente, con la intención de compartir los descubrimientos con una comunidad profesional (Schneider, 2011).

Método

EE fue creada como una intervención terapéutica que podría ocurrir al lado de otras terapias de corto plazo que son implementadas en el Sistema Nacional de Salud (NHS) en el Reino Unido, como por ejemplo aquellas usadas en el programa IAPT. Con la intención de facilitar el acceso a terapia, con la menor resistencia posible, la intervención terapéutica fue iniciada tomando contacto con el médico general, en vez de otra sede especializada (que potencialmente tiene un estigma) como por ejemplo un hospital de salud mental. Esto también ayudó en la reducción de costos, ya que el tratamiento no fue ofrecido en hospitales especializados, clínicas de salud mental, o departamentos de psicología.

Protocolo de Referencia y Cronología

A continuación se describe el procedimiento de la intervención:

1. Día 1: Cita rutinaria con el médico general—derivación al Equipo de Salud Mental de Atención Primaria (Primary Care Mental Health Team-PCMHT) para una evaluación/formulación psicológica y posible intervención.
2. Día 7: Clasificación y asignación, según patología. a. Clasificación y señalización en el PCMHT—evaluación de elegibilidad/adecuación para el tratamiento (el criterio de la intervención de EE es indicada por el diagnóstico de depresión y/o ansiedad de acuerdo al criterio expresado en la sección del Muestreo). b. Asignación a EE—Carta de invitación para el cliente para una cita inicial (o salida o referencia a IAPT u otro servicio apropiado).
3. Día 21: Cita inicial con terapeuta psicológico de EE—evaluación psicológica y contratación para un tratamiento continuo de seis sesiones (en el caso de que se apunte en el tratamiento) o en el caso de que se niegue al tratamiento o el tratamiento no sea adecuado—la aplicación de

criterios de exclusión incluyeron niveles de riesgo o rasgos que determinarían la intervención como inapropiada para una depresión y/o ansiedad leve - moderada, según la definición del Instituto Nacional de Excelencia Clínica (National Institute for Clinical Excellence (NICE; 2004, 2009).

4. Día 42: Seis sesiones de un tratamiento semanal de intervención.

5. Día 84: Finalización del tratamiento—Dada de alta/Espera vigilante/derivación a médico y/o especialista. Tomando en cuenta las limitaciones de los clientes y del servicio, hubo un grado de flexibilidad en cuanto a la duración del proceso desde el inicio hasta el alta, pero este nunca sobrepasa el máximo periodo de tratamiento de 12 semanas. EE no es la suma de sesiones aisladas que funcionan independientemente: la índole y las características del tratamiento nos hicieron considerar que el primer punto de contacto es igual de importante que dar de alta, y por lo tanto consideramos el tratamiento de seis sesiones como una unidad (Rayner & Vitali, 2013). Por esta razón específica, el estándar IAPT del NHS que consiste en dos contactos para considerar el tratamiento como completado no aplica. Aunque las seis sesiones representan una intervención de corto plazo, es esencial para el proyecto que el proceso de terapia EE consista en la participación dedicada del terapeuta al igual que la del cliente a lo largo de todo el proceso (Rayner & Vitali, 2014). Como consecuencia, consideramos como deserciones todos los casos que no completaron la intervención de seis sesiones o que no tuvieron contacto con el terapeuta de EE después de la primera evaluación.

Intervención

Esta sección describe un resumen de la intervención, intentando ser fiel al espíritu de indagación mientras al mismo tiempo reconociendo la necesidad de tratar las cuestiones de operatividad y sistematización, con el propósito de demostrar de una manera significativa la eficacia y eficiencia del proceso del tratamiento. Es importante reconocer que mientras estas descripciones son presentadas cronológicamente, la mayoría trata de elementos que son repetidos, recurrentes, y que ocurren en superposición y están entrelazados a través de toda la duración de la intervención. Esta es la naturaleza de una intervención que está orientada hacia un cambio que es expresado por el cliente, en vez de un tipo de cambio definido según un criterio determinado, y que reconoce que este cambio es un proceso continuo que ocurre a través del tiempo en vez de en un momento específico. La intervención es respaldada por fundamentos teóricos que se centran en conceptos y actitudes existenciales y fenomenológicas, es decir: urgencia,

intencionalidad, y apertura (Rayner & Vitali, 2014). La parte inicial de la terapia está orientada hacia una descripción fenomenológica de las dificultades del cliente, evaluar el “costo” de estas experiencias a través de una contemplación, articulación, y definición de los deseos del cliente con respecto a esas experiencias y el resultado final de la terapia. Por ello, se le ofrece soporte a los clientes cuando ellos articulan y describen sus preocupaciones mientras llegan a hacer conciencia de ellos mismos y hacen reexión (Gallagher & Zahavi, 2012). La terapia avanza haciendo que el cliente participe de un modo en el cual se establece el “Yo” de sus experiencias con la intención de fomentar un sentido de apropiación respecto a la manera en la cual estas 30 experiencias han sido interpretadas o entendidas (Spinelli, 2005). El enfoque de la intervención en esta etapa es fomentar una participación con el terapeuta y el ejercicio terapéutico, asumiendo voluntad, de la forma representada en los objetivos articulados como “míos.” En la parte media de la intervención, se da énfasis a la reexión y a la interpretación de una manera psicoeducativa y de una postura terapéutica. En esta forma de practicar terapia, las experiencias son entendidas de manera que permita revelar los valores personales, actitudes, creencias, al igual que las suposiciones que las personas hacen sobre ellos mismos, sobre otros, y sobre el mundo (Spinelli, 2007). Proporcionando apoyo en la auto-examinación de las suposiciones personales de los clientes sobre ellos mismos, en aquello que revela como cada persona le atribuye significación a la experiencia. Esto permite un acercamiento al reto principal de esta terapia: descubrir o demostrar aquello que ha tenido significación pero ya no es deseado (Spinelli, 2007). Por lo tanto, la terapia examina e introduce ideas de cambio de una manera que reconsidera el impacto y el uso (o uso caducado) de perspectivas y entendimientos “cementados” y reconfirma como su objetivo el alcance de perspectivas o entendimientos de uno mismo que son deseados o “trascendentes,” o que ofrezcan nuevas posibilidades en términos del entendimiento de uno mismo. La índole experimental de este enfoque se centra en estimular la valentía del cliente en aspirar a un potencial que permita “que una persona pueda vivir una vida más deliberada, más auténtica y con más propósito” (van Duerzen, 2006, p. 389). El terapeuta apoya el esfuerzo de experimentar con un sentido de uno mismo “temporario”, dándole enfoque y atención a la aspiración hacia un sentido de uno mismo que todavía no ha sido descubierto, que mientras es desconocido y extraño, no obstante puede ser menos obstaculizado y además ha sido expresado como deseado (Woods & Hollis, 1999). Por lo tanto, en este sentido, el cambio de uno mismo consiste en

la noción de auto-entendimiento y origina la reexión que entiende el ser de uno mismo en la incertidumbre de esta experiencia. La terapia reconoce los esfuerzos y dificultades que acompañan la partida de una experiencia familiar del ser mismo y que requiere del cliente abordar cuestiones de incertidumbre y lo desconocido como oportunidades de crecimiento, desafiando temores posibles con un sentido de esperanza y emoción positiva hacia las oportunidades y experiencias del futuro. En el trayecto final de las sesiones de terapia, el enfoque consiste en mantener una actitud de reexión hacia el progreso y los obstáculos (Mølbak, 2013) e identifica las posibilidades de generalizar, al igual que con muchos tipos de terapias, lo que se ha logrado y también lo que no se ha resuelto en base a lo que fue expresado al inicio de las sesiones.

Muestreo

La muestra consistió de casos referidos al PCMHT del Barnet Enfield & Haringey Mental Health NHS Trust. Los participantes potenciales eran parte de un grupo más grande de casos derivados por médicos generales para intervenciones psicológicas en atención primaria (véase sección sobre protocolo de referencia). Todos los clientes acordaron en tomar parte en el estudio y cumplieron el criterio para una intervención Step 2 de IAPT, según el modelo de atención escalonada (Stepped Care Model) de NICE, para el tratamiento de depresión y ansiedad (NICE, 2004, 2009), y fueron luego asignados arbitrariamente por el PCMHT ya sea a IAPT o a EE, como una alternativa. Por lo tanto, la muestra bajo consideración fue homogénea con la población normal clínica tratada por IAPT. En resumen, la muestra cumplió con los siguientes criterios:

- Hombres o mujeres en edad activa derivadas por su médico general para tratamiento psicológico en atención primaria
- Hombres o mujeres en edad activa que presentaban niveles clínicos significantes de sintomatología de depresión y/o ansiedad. Es decir, participantes que tuvieron un resultado igual o mayor de 10- el punto límite clínico en el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) escala (rango de puntuación 0-27) y/o 10 o mayor en el Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) escala (rango de puntuación 0-21)
- Se tomaron medidas de resultado en la evaluación, primera sesión, y sexta sesión.
- Los clientes empezaron el tratamiento dentro de 28 días desde el día de referencia (por lo tanto, no esperaron más de 4 semanas).
- Los clientes completaron el tratamiento de seis sesiones como atrapado en perspectivas e ideas cementadas que informan cómo es vista la

experiencia. También le da atención al reto de este tipo de transformación del entendimiento del ser de uno mismo, mientras presta atención a entro de un máximo de 84 días (12 semanas).

Medición de Resultados

Los participantes fueron evaluados al principio y al final de la terapia, se tomaron datos de medición antes de cada sesión de terapia usando:

- CORE-OM: Para medir angustia psicológica, se usó una medición pan-teórica y pan-diagnóstica autoadministrada de 34 artículos (Evans et al., 2000). Se aplicó antes y después de la terapia. CORE-OM funcionó como una herramienta de medición de sesión a sesión. Puntuaciones de CORE-OM mayores a 10 tienen una sensibilidad de 87% y una especificidad de 88% para discriminar entre miembros de la población general y la población clínica.

- PHQ-9: Un instrumento auto-administrado de 9 artículos para detectar, diagnosticar, monitorear y medir la severidad de la depresión (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; Löwe, Kroenke, Herzog, & Gräfe, 2004). Puntuaciones de PHQ-9 igual a o mayor a 10 tienen una sensibilidad de 88% y una especificidad de 88% para depresión mayor. (Kroenke et al., 2001). 31

- GAD-7: Un instrumento auto-administrado de 7 artículos para detectar, diagnosticar, monitorear y medir la severidad del Trastorno de Ansiedad General. (Generalized Anxiety Disorder (Spitzer et al., 2006). Puntuaciones de GAD-7 igual a o mayor a 10 tienen una sensibilidad de 89% y una especificidad de 82% para un Trastorno de Ansiedad Generalizada (Spitzer et al., 2006).

Análisis de los Datos

Todos los participantes fueron evaluados en cada encuentro, por lo tanto al final de la terapia cada uno completó la medición siete veces (1 en la evaluación antes de la terapia, y luego de las 6 sesiones de terapia). El límite clínico para las escalas utilizadas fue determinado según los respectivos estudios de validación: 10 puntos para CORE-OM, PHQ-9 y GAD-7. Los tamaños del efecto de la terapia fueron calculados usando Cohen's d (Cohen, 2013). Una estimación (prueba unilateral) del poder estadístico de la muestra fue calculada post hoc para un Cohen's d =.80 y otorgada una tasa de error tipo I de $\alpha = .05$. Con el propósito de evaluar los resultados de cada cliente, comparamos el promedio de las puntuaciones en las diferentes escalas de medición en la evaluación preliminar (T0- antes de la terapia) con las puntuaciones al final de la terapia (T1: final de la terapia). Con la intención de ser fieles a los parámetros estándares de recuperación del NHS de Inglaterra, al igual que subrayar los casos que pasaron de la población

clínica a la población subclínica, adoptamos los mismos parámetros de límite a los usados por Gyani, Shafran, Layard, and Clark (2013) al describir las tasas de recuperación del IAPT. Por lo tanto, designamos como subclínicos aquellos casos que, al momento de ser dados de alta, exhibían las siguientes dos características: 1. Una mejoría reconocida con fiabilidad estadística. 2. Una puntuación al momento de ser dados de alta menor al límite clínico de la escala dada. Nuestra muestra fue compuesta de casos referidos del NHS PCMHT, y por lo tanto, fue homogénea con la población clínica británica observada en el estudio de Gyani et al. (2013). Con la intención de entender de una mejor manera los resultados obtenidos, y para asegurar mayor fiabilidad en el primer criterio, adoptamos los parámetros con fiabilidad estadística que fueron estimados por Gyani et al. (2013) para una población clínica de atención primaria y secundaria de salud en el Reino Unido. A raíz de esto, consideramos como fiable un cambio de 6 puntos en la puntuación entre los resultados iniciales y finales del transcurso del tratamiento en el caso del PHQ-9, y un cambio de 4 puntos en el caso del GAD-7. Para el resultado general del CORE-OM, consideramos como un cambio -able la estimación de Cornell et al. (2007), que considera como significativo cualquier cambio en exceso de 5.9 puntos entre los resultados antes y después de la terapia. Con respecto al segundo criterio, el límite de los valores adoptados para cada escala para determinar resultados clínicos o no clínicos fueron tomados de los estudios de validación de cada instrumento e interpretados en base a su mejor sensibilidad y especificidad (véase el párrafo sobre Medición de Resultados). Resultados Los participantes fueron reclutados únicamente del London Borough of Barnet, Enfield & Haringey Mental Health NHS Trust y fueron referidos a EE entre Junio del 2011 y Septiembre del 2012. La edad media de los participantes (N = 52) era de 37 años (Derivación Estándar = 11.9); 36% eran hombres y 64% eran mujeres. Tasas de Deserción Tomando en cuenta que fueron N = 52 los casos que estuvieron dispuestos a tomar parte en el proceso terapéutico de seis sesiones, la tasa de deserción como fue observada después de la clasificación y asignación (el segundo paso del protocolo de referencia) fue de 9.61% (N=5). Cumpliendo con el tratamiento de seis sesiones, la muestra se redujo a N = 47 casos que atendieron a la primera sesión, cuatro casos (8.5%) desertaron entre la sesión 1 y la sesión 2, un caso (2.12%) desertó en la sesión 3, y un caso acordó con el terapeuta en terminar el tratamiento en la sesión 5. Por lo tanto, el número de casos que completó la terapia fue de 41, es decir, 87.23% de los pacientes que iniciaron la terapia (N = 47), 78.84% de la muestra inicial (N = 52) de los casos referidos por

atención primaria para este tratamiento específico. Magnitud del Efecto Una prueba Kolmogorov-Smirnov fue hecha usando SPSS en la muestra para revisar la calidad del ajuste y para que la muestra pueda ser considerada como normal ($p < .05$). Al final de la terapia, tuvimos 41 casos que completaron el tratamiento. Con la intención de medir el efecto de antes y después en el rango clínico, usamos Cohen's d , y sólo consideramos esos casos que tenían una puntuación clínica en la primera evaluación y que presentaron documentación válida. Como puede ser visto en la Tabla 1, comparando las puntuaciones medias en la primera evaluación [T0] con las que fueron obtenidas al final [T1], la magnitud del efecto (Cohen, 2013) fueron grandes ($d > .80$) en todas las escalas dadas. De los 41 participantes que completaron el tratamiento, 24 (58.5%) presentaron formularios válidos del PHQ-9 antes y después del tratamiento, 25 (60.97%) presentaron formularios válidos del GAD-7, y 33 (80.48%) presentaron CORE-OM formularios. Las diferencias entre las puntuaciones en el primer y último contacto fueron convertidas en puntos- z , y tomando en cuenta un intervalo de confianza de 95%, marcamos como valores atípicos a aquellos participantes que expresaron un valor de z igual a o mayor a 1.96; y un valor de z igual o menor a -1.96 . Como puede ser visto en la Tabla 1, consideramos una muestra de 23 participantes para los resultados del PHQ-9, y un participante fue excluido como un valor atípico porque expresó una diferencia de puntuación entre la primera evaluación y el final de la terapia que estaba fuera del intervalo de confianza de 95% ($z = 2.82$). Para los resultados del GAD-7, consideramos a 24 participantes porque, por lo mismo, uno de los pacientes fue considerado como un valor atípico ($z = 2.21$). CORE-OM tuvo la muestra más grande, ya que 32 participantes presentaron formularios (un participante fue considerado como un valor atípico de $z = 2.03$). La imagen 1 demuestra el promedio del efecto de la terapia en una población clínica según nuestros datos después de completar una intervención de seis sesiones, y la Tabla 2 demuestra las tasas de recuperación según la angustia psicológica que fue observada y monitoreada.

Tasas de Recaída

En base a los 42 casos que completaron el tratamiento, después de una cita de seguimiento después de 1 año, dos casos (4.7%) han

solicitado acceso a servicios psicológicos en el NHS

Discusión

Con la concepción del programa IAPT en el 2004, y su implementación en el 2008, la profesión de psicoterapeuta y asesoría psicológica ha visto un incremento en la demanda, lo cual evidencia que la terapia funciona. Su funcionamiento puede ser medido y se demuestra que sus efectos son duraderos. Aunque hemos llegado a un punto en el que existe un consenso que reconoce que la terapia funciona, no obstante existen tensiones entre los diferentes tipos de enfoques y modalidades de tratamiento. La investigación, que abarca desde Rosenzweig (1936) a Lubrosky, Singer y Lubrosky (1975), al igual que muchos otros contribuyentes, a las ideas de "factores comunes", sugiere que la mayoría de las terapias producen cantidades similares de éxito.

Tabla 1
Efectos de la Terapia después de Seis Sesiones: Resumen de las Puntuaciones Promedio obtenidas por los Pacientes Clínicos que iniciaron y completaron la Intervención de Seis Sesiones.

Escala	T0 (SD)	T1 (SD)	Diff (SD)	Cohen's d	Power(1 - β err prob)	N
PHQ-9	17.65 (5.71)	11.48 (7.96)	6.17 (4.49)	1.38	0.99	23
GAD-7	15.25 (3.88)	10.04 (6.67)	5.21 (4.78)	1.09	0.99	24
CORE-OM	19.94 (6.68)	14.47 (7.94)	5.47 (6.16)	0.89	0.99	32

Nota: El reporte demuestra puntuaciones medias en la primera evaluación [T0], en la evaluación cuando fueron dados de alta [T1], el promedio de la diferencia entre las puntuaciones, magnitud del efecto y el poder estadístico. El poder estadístico fue calculado post hoc según el magnitud del efecto, y el tamaño de la muestra como prueba unilateral y tomando en cuenta una significación elegida de $\alpha = .05$. Los pacientes fueron considerados clínicos si obtuvieron una puntuación igual a/o mayor al límite clínico sugerido para la escala en consideración.

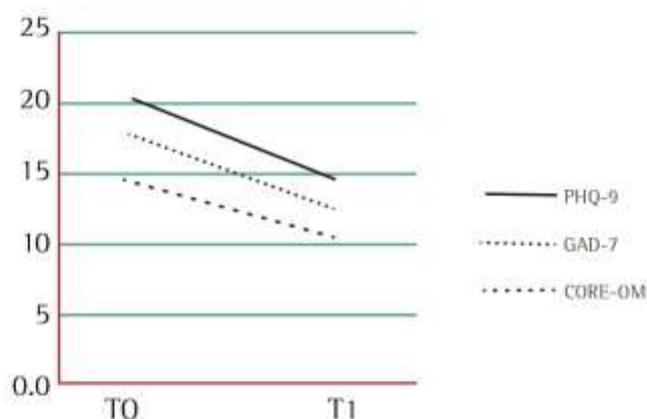


Imagen 1
Efectos de la Terapia Después de Seis Sesiones.

Tabla 2
Efectos de la Terapia después de Seis Sesiones: Tasas de Recuperación de los Pacientes Clínicos que Completaron el Tratamiento de Seis Sesiones.

Escala	Subclínico	Cohen's d	N
PHQ-9	47.83%	1.38	23
GAD-7	58.33%	1.09	24
CORE-OM	31.25%	0.89	32

No obstante, del punto de vista de un investigador, la Terapia Cognitivo-Comportamental y otros enfoques comportamentales han sido usados ya que ofrecen una forma de medición que es fácilmente implementada, porque sus técnicas son altamente estructuradas. Esto las hace muy atractivas. Sin embargo, profesionales clínicos, y los investigadores mismos a veces no son suficientemente conscientes de los límites de esta modalidad terapéutica o técnica de determinación de los resultados a comparación de la importancia de aquellos factores que son atribuibles al cliente (Lambert, 2005; Lambert & Barley, 2001). Por lo tanto, el enfoque terapéutico de esta investigación fue diseñado considerando como central la importancia de aquellos factores que son atribuibles al cliente al igual que la índole de la relación terapéutica como una colaboración que tiene como intención lograr los objetivos según la descripción de éstos por parte de los clientes mismos. No obstante, como Mølbak (2013) ha señalado en su trabajo reciente, en prácticas terapéuticas modernas nos encontramos con un dilema en el cual los clientes quieren que los profesionales clínicos los ayuden con sus problemas inmediatos, en vez de un tipo de terapia que los ayude a descubrir y entender los proyectos de su vida. Por lo tanto, la investigación descrita en este artículo sostiene que la terapia tiene una mejor función si es utilizada de una manera en la cual sirve como guía y ayuda a una persona a descubrir los "misterios" de sus dificultades a través de una aclaración de las preguntas que se tienen que hacer para entenderse a ellos mismos de una mejor manera (Mølbak, 2013). Es más, existen todavía muchos debates sobre la validez de diferentes tipos de evidencia, pero lo que sí sabemos es que la demanda de intervenciones terapéuticas sigue incrementando. Esto podría ser porque existe mayor conciencia sobre la necesidad de ayuda, o tal vez por un sentido de tener derecho a estos servicios, y también tal vez en parte, por la publicidad del programa IAPT. Dicho esto, estamos conscientes de que un tipo de modelo no es necesariamente ideal para todos y que el sistema y método presentado con anterioridad, permite un proceso flexible, oportuno y de bajo costo, que produce buenos resultados y bajas tasas de recaída. Muchas terapias de esta índole no han sido aprobadas ya que hay una carencia de evidencia sólida, y aparte es muy costoso hacer un proyecto de investigación en gran escala para obtener el tipo de evidencia que es considerada como la más "aceptable" y además la probabilidad de financiamiento es baja. También vale la pena cuestionar si las pruebas controladas aleatorias en este campo son la mejor o la única manera de obtener evidencia sobre si la terapia ofrece ayuda y es efectiva. Esta investigación hace la sugerencia de que un enfoque más amplio es más efectivo en lidiar con los problemas de la vida, las dificultades de la experiencia, y otras dificultades psicológicas, y además desafía la medicalización de la miseria. Con

eso dicho, esta investigación adopta una postura de "incorporación," en donde usamos instrumentos de medición que son comúnmente aceptados, pero quisiéramos argumentar que estos no necesariamente capturan el alcance de la experiencia humana. Es más, aunque si demostramos una reducción en la sintomatología, sostenemos que existen mejores escalas para medir problemas más amplios, como por ejemplo otras áreas de la terapia como la autoestima, el propósito de la vida, las relaciones y la motivación, que podrían ser considerados como factores atribuibles al cliente o relacionadas al cliente. También sostenemos que cuando una persona es tratada por su médico general y describe que padece depresión/y o ansiedad, estos términos podrían ser mejor entendidos de la siguiente forma: que una persona está expresando que tiene dificultades en su relación consigo mismo, con los otros, y en sus mundos. Por lo tanto, mientras que la Terapia Cognitivo-Comportamental tiene éxito en algunos de los casos, nosotros sugerimos que hace falta más investigación para entender de una manera más adecuada y más detallada lo que constituye la experiencia de depresión y/o ansiedad, y que el tipo de enfoque presentado aquí está situado de una manera ideal para ampliar nuestro entendimiento.

Sin embargo, el tamaño de la muestra no fue la única limitación de la investigación presentada en este artículo. Aceptamos que por el momento estamos limitados a mostrar nuestra evidencia de una forma que permita la comparación con otros tipos de intervenciones, usando escalas que están basadas en la reducción de síntomas. Por lo tanto, aunque hemos demostrado efectos notables, el hecho de que no pudimos utilizar escalas más adecuadas para evaluar los objetivos y resultados "deseados" de los clientes fue una limitación. Un ejemplo de esto sería "tener relaciones de mejor calidad."

En promedio, los datos del PHQ-9 y el GAD-7 demuestran resultados buenos y sólidos en términos de la reducción de la sintomatología con el sistema terapéutico de corto plazo. En términos del CORE-OM, como una escala pan-teórica y pan-diagnóstica, el efecto promedio de los resultados al final de la terapia fue grande, pero aparece de menor magnitud si es comparado con los efectos de los resultados del PHQ-9 y el GAD-7. Esto podría ser por muchas razones, y definitivamente es una señal de que es necesario hacer una investigación para clarificar que tan buenas son estas escalas en describir y mostrar evidencia de las dificultades psicológicas de los clientes. Una recuperación de una situación de angustia psicológica generalizada no es lo mismo y no está estrictamente relacionada con una reducción de sintomatología de un trastorno de ansiedad generalizada o de un trastorno de depresión mayor (Shepherd et al., 2008). Nosotros sostenemos que el cambio es un proceso de participación e involucración con este tipo de angustia que no termina con la terapia pero más bien necesita a la terapia para que esta

pueda permitir que este proceso se otorgue de la manera más efectiva y sólida posible.

Agradecimientos

Estamos extremadamente agradecidos por su asesoría a Joël Vos, PhD, y por el trabajo de nuestro equipo clínico capacitado, ellos son: Christian Koebbel, Randolph Skomer Quinault, Andy Usher, y Tom Godsall quienes nos ayudaron a reunir los datos e información clínica. También quisiéramos expresar nuestra gratitud a Shawn Rubin (editor del Journal of Humanistic Psychology) y a publicaciones Sage en los Estados Unidos por permitir la traducción y circulación de este artículo para una audiencia en países de habla-hispana.

Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declararon la ausencia de cualquier posible conflicto de intereses en cuestión a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Financiamiento

Los autores no recibieron ayuda financiera para la investigación, autoría, y/o publicación de este artículo.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruehlman, R. D., Sereika, S., & Thase, M. E. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: A preliminary investigation. *Family Practice*, 18, 314-320.

Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). "Justifiable depression": How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice*, 23, 369-377.

Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. London, England: Routledge Academic.

Connell, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., & Miles, J. N. (2007). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS-R. *British Journal of Psychiatry*, 190, 69-74.

Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 247-255.

Gallagher, S., & Zahavi, D. (2012). *The phenomenological mind*. London, England: Routledge.

Gladstone, T. G., & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 212-221.

Gyani, A., Shafraan, R., Layard, R., & Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 597-606.

Harvey, S. B., Glozier, N., Henderson, M., Allaway, S., Litchfield, P., Holland-Elliott, K., & Hotopf, M. (2011). Depression and work performance: An ecological study using web-based screening. *Occupational Medicine*, 61, 209-211.

Karp, D. A. (1994). Living with depression: Illness and identity turning points. *Qualitative Health Research*, 4(1), 6-30.

Karasz, A., Sacajiu, G., & Garcia, N. (2003). Conceptual models of psychological distress among low-income patients in an inner-city primary care clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 475-477.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.

Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects." *Journal of Clinical Psychology*, 61, 855-869.

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357-361.

Lantz, J., & Walsh, J. (2007). *Short-term existential intervention in clinical practice*. Chicago, IL: Lyceum Books.

Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81, 61-66.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-008.

Mølbak, R. L. (2013). Cultivating the therapeutic moment from planning to receptivity in therapeutic practice. *Journal of Humanistic Psychology*, 53, 461-488.

National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. London, England: Author.

National Institute for Clinical Excellence. (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults* (update). London, England: Author.

Rayner, M., & Vitali, D. (2013, October). Measuring a short term existential therapeutic intervention in the NHS. *Hermeneutic Circular*, 7-9.

Rayner, M., & Vitali, D. (2014). CORE Blimey! Existential therapy scores GOALS! *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, 25, 294-312.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Schneider, K. J. (2011). *Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice*. England: Routledge.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London, England: Sainsbury Centre for Mental Health.

Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 65-73.

Spinelli, E. (2005). *The interpreted world: An introduction to phenomenological psychology*. London, England: Sage.

Spinelli, E. (2007). *Practising existential psychotherapy: The relational world*. London, England: Sage.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.

van Deurzen, E. (2006). From psychotherapy to emotional well being. *Análise Psicológica*, 24, 383-392.

Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171.

Woods, M. E., & Hollis, F., (1999). *Casework: A psychosocial therapy* (5th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

Curriculum

Mark Rayner

MA, UKCP, psicoterapeuta integrativo y ha practicado en el NHS y el sector privado desde un punto de vista existencial-fenomenológico. Profesor, líder de curso y supervisor en Regent's University, Londres. Supervisa organizaciones de capacitación ejecutiva y proporciona asesoría para servicios de ancianos y para una organización benéfica para niños

Diego Vitali

MSc, psicólogo e investigador. Se tituló en la universidad de Padua, Italia. Allí estudió la aplicación de enfoques fenomenológicos y existenciales a la psicoterapia y a la psicología clínica en unidades de cuidado intensivo. En Inglaterra ha trabajado para diferentes organizaciones benéficas como asesor, investigador y analista de datos. Es empleado por EASE Wellbeing como asesor e investigador. Está inscrito el programa de PhD en la Universidad de Roehampton.

Mark Rayner

Profession: Senior lecturer and psychotherapist

Email: raynerm@regents.ac.uk

Qualified as an integrative psychotherapist and has practiced from an existential-phenomenological standpoint in the NHS and private sectors for 17 years. He also supervises executive coaching organizations and provides advice to older persons' services and to a large children's charity. His deep interest is in existential-phenomenological approaches and what they can offer both research and practice. He started a Community Interest Company EASE Wellbeing to further this work and to sit alongside government and national delivery of psychological therapy interventions. He has an interest in research and demonstrating the opportunities for existential-phenomenological approaches to both supplement and challenge dominant ways of working.

Diego Vitali

Profession: Clinical psychologist and PhD student

Email: vitalid@roehampton.ac.uk

Qualified as a clinical psychologist at the University of Padua, Italy (Bsc Psychology 2006, 2yr +1yr Msc Clinical and Dynamic Psychology 2010). He has trained in Italy in the application of phenomenological and existential approaches to psychotherapy and clinical psychology in intensive care units. Diego is currently employed as a psychological research consultant and data analyst, as well as by EASE Wellbeing evaluating existential-integrative short-term interventions in the public sector. He is enrolled on the PhD programme at Roehampton University testing and developing meaning-centred therapies.

Fecha de entrega: 7/15

Fecha de aceptación: 9/15

