

# INVESTIGANDO LA TERAPIA GESTALT PARA LA ANSIEDAD EN DISPOSITIVOS BASADOS EN LA PRÁCTICA: UN DISEÑO EXPERIMENTAL DE CASO ÚNICO

## RESEARCHING GESTALT THERAPY FOR ANXIETY IN PRACTICE-BASED SETTINGS: A SINGLE-CASE EXPERIMENTAL DESIGN

Pablo Herrera<sup>1</sup>, Illia Mstibovsky<sup>2</sup>,  
Jan Roubal<sup>3</sup> y Philip Brownell<sup>4</sup>

### Resumen

A pesar de la eficacia comprobada de los tratamientos de TCC para los trastornos de ansiedad, entre el 33% y el 50% de los pacientes no responden o abandonan estos tratamientos. La terapia Gestalt ha afirmado ser una alternativa efectiva, pero hay poca evidencia empírica sobre su eficacia con la ansiedad. Se utilizó el diseño experimental de caso único con análisis de series temporales como un estudio de eficacia orientado por la práctica. Se presenta evidencia sobre diez clientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, lo que apoya la afirmación de que la terapia Gestalt puede ser un tratamiento útil para estos casos. El análisis detallado de un caso ilustra los cambios en los puntajes de síntomas y bienestar, que indican puntos de inflexión durante la terapia. El artículo discute el uso de esta metodología para crear una red de investigación orientada por la práctica.

**Palabras clave:** Ansiedad, Psicoterapia Gestalt, estudios de caso, diseño experimental de caso único, análisis de series temporales, investigación basada en la práctica.

### Abstract

Despite the proven efficacy of CBT treatments for anxiety disorders, between 33% and 50% of patients do not respond or drop out of these treatments. Gestalt therapy has claimed to be an effective alternative, but there is little empirical evidence on its efficacy with anxiety. The Single-Case Experimental Design with Time Series Analysis was used as a practice-oriented study of efficacy. Evidence on ten clients diagnosed with anxiety disorders is presented, supporting the claim that Gestalt therapy can be a useful treatment for this. Detailed analysis of one case illustrates the changes in symptom and well-being scores, indicating turning points during the therapy. The paper discusses the use of this methodology for creating a practice-oriented research network.

**Key words:** Anxiety, Gestalt therapy, single-case, time series experimental design, practice-oriented research.

Recibido: 15-09-17 | Aceptado: 22-02-18

Décadas de investigación sistemática han demostrado la eficacia de tratamientos psicoterapéuticos, incluyendo el tratamiento de pacientes que sufren diversas formas de ansiedad (Roth y Fonagy, 2013). Hay un vasto cuerpo de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones conductua-

les y cognitivo conductuales (TCC), considerados tratamientos de elección para la mayoría de los trastornos de ansiedad (Hollon y Beck, 2013). Sin embargo, estos abordajes no parecen ser suficientemente útiles para un grupo sustancial de pacientes. Sólo el 50% de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada tratados con TCC logran un alto funcionamiento en el estadio final del tratamiento, cerca del 30% de pacientes con TEPT abandonan las intervenciones de TCC, y al menos un tercio de pacientes que sufren de ansiedad social no responden a intervenciones de

<sup>1</sup> Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup> Southern Regional Gestalt Institute, Rostov-on-Don, Russia. <sup>3</sup> Masaryk University in Brno, Czech Republic. <sup>4</sup> Portland Gestalt Therapy Training Institute, Portland, Oregon, USA.

E-Mail: pabloherreras@uchile.cl

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVII p.p. 321-352

© 2018 Fundación AIGLÉ.

TCC (Lambert, 2013). Buscar abordajes alternativos basados en la evidencia que puedan complementar al tratamiento prevalente de TCC, puede ampliar las posibilidades de ayuda psicológica para pacientes con ansiedad.

A pesar de tener una larga historia de trabajo con la ansiedad, los tratamientos humanístico-experienciales no han demostrado una sólida evidencia de su eficacia para los trastornos de ansiedad (Angus, Watson, Elliot, Schneider y Timulak, 2015; Elliot, Greenberg, Watson, Timulak y Freire, 2013). Por ejemplo, una revisión reciente sobre la evidencia empírica de las terapias humanísticas concluyó que parecen ser menos efectivas que la TCC para las dificultades relacionadas con la ansiedad y que sólo deberían ser consideradas para clientes que ya intentaron o rechazaron la TCC (Angus et al., 2015). Aun cuando los resultados actuales se ven afectados por el sesgo del investigador, y a veces, malinterpretan a las terapias humanísticas (Elliot et al., 2013), parece que los clientes con trastornos de ansiedad pueden responder mejor a tratamientos más estructurados y que quizás “las terapias experienciales no han sido implementadas de una manera efectiva con esta población de clientes” (Elliot et al., 2013, p. 8). Esto requiere estudios adicionales sobre esta población en particular.

Son muy limitadas las investigaciones actuales sobre la efectividad de las terapias Humanístico-experienciales para los trastornos de ansiedad. La mayoría de los estudios existentes se dirigen a la terapia centrada en la persona, sin tener en cuenta la terapia basada en focusing, existen algunos ensayos abiertos muy recientes sobre la Terapia Focalizada en la Emoción (Ben Shahar, Bar-Kalifa y Alon, 2017; Timulak et al., 2017; Watson y Greenberg, 2017), y solo un estudio en terapia Gestáltica (Elliot et al., 2013). Promover la investigación de este tema podría ayudar a establecer la eficacia de modalidades humanístico – experienciales más estructuradas (por ejemplo, terapia Gestalt, TFE), y también para comprender mejor las dificultades relacionadas con la ansiedad desde una mirada humanista-experiencial. Tal como concluyó Elliot (2013):

No tengo duda que las terapias PCE (Centrada en la Persona y Experienciales) tienen mucho para contribuir para ayudar a los clientes con dificultades de ansiedad, particularmente si invertimos el tiempo y la energía necesaria para llevar a cabo investigaciones que representen verdaderamente lo que hacemos y si colaboramos con nuestros clientes para mejorar la oportunidad y la efectividad de lo que tenemos para ofrecer (p.12).

### **Ansiedad desde la perspectiva de la terapia Gestalt**

La terapia Gestalt es un abordaje fenomenológico, existencial y relacional, con el campo holístico y dinámico del organismo-ambiente como su antropología básica. La teoría y práctica de la terapia Gestalt elabora distintos enfoques con diversos dispositivos clínicos para varias poblaciones clínicas (Francesetti, Gecele y Roubal, 2013), incluyendo el tratamiento de ansiedad (Robine, 2013).

Desde la perspectiva de la terapia Gestalt, la ansiedad es un estado holísticamente experimentado de activación del organismo, que carece de apoyo para una acción dirigida hacia la expresión de una necesidad. La ansiedad no es vista como una patología a ser simplemente eliminada, sino más bien como un signo de que la activación vital del organismo se ha interrumpido y que con el apoyo terapéutico apropiado puede ser redirigido hacia el crecimiento (Ceballos, 2014). La ansiedad neurótica se produce cuando ciertas necesidades orgánicas son consideradas inaceptables, por lo que la expresión y la activación asociada es interrumpida sistemáticamente por patrones relacionales fijos, los cuales pueden restringir la flexibilidad y creatividad del potencial del individuo para reaccionar ante diferentes situaciones de una manera que puedan satisfacer sus necesidades aquí y ahora (Ceballos, 2014; Herrera, 2016). La ansiedad neurótica también se puede resolver cuando la persona es capaz de estar en el aquí y ahora, en lugar de fantaseando y catastrofizando acerca del futuro (Perls, 1969).

La perspectiva Gestalt es inherentemente relacional. Los síntomas de ansiedad experimentados en el cuerpo se entienden como expresiones individuales del sufrimiento relacional (Roubal, Gecele y Francesetti, 2013), cuando el individuo en el proceso de contactar con otras personas carece de espontaneidad y fluidez. En esos casos, el estilo de contacto interpersonal está rígidamente distorsionado por patrones relacionales fijos, y las necesidades no se satisfacen dentro de las relaciones. Un ejemplo de estas distorsiones puede ser relacionarse con los otros y consigo mismo de acuerdo a la necesidad de “hacer lo correcto” estrechando las posibilidades de experiencia y de ajuste creativo (Robine, 2013). El flujo de la formación figura/fondo se interrumpe, porque la persona teme tomar riesgos para encontrar maneras creativas hacia un contacto mutuamente satisfactorio. Mientras que la activación está presente, el organismo está inhibido e incluso paralizado.

En terapia, el apoyo es necesario para transformar la ansiedad en entusiasmo creativo y fluido. El apoyo proviene de la relación terapéutica, donde las necesidades del cliente se reconocen y validan. En la situación terapéutica segura, la inhibición del cliente es reducida y la activación de su organismo puede estar dirigida hacia la expresión de las necesidades relacionales. La experiencia del cliente po-

dría entonces ser: “Con el terapeuta puedo arriesgarme a ser como soy sin ser juzgado como bueno o malo”. La ansiedad paralizadora es transformada en entusiasmo para descubrir nuevas formas de contacto. El cliente experimenta con esto primero en la relación psicoterapéutica segura, y luego también con otras personas.

### **La necesidad de alternativas metodológicas para investigar la eficacia en la terapia Gestalt**

Uno de los desafíos principales para validar empíricamente un modelo de tratamiento reside en la metodología que utilicen los investigadores (Borckardt et al., 2008). El diseño del ensayo clínico aleatorio (ECA), utilizado para estudios de eficacia es considerado el “estándar de oro” para establecer causalidad entre el tipo de tratamiento y los resultados del paciente. Sin embargo, presenta varias dificultades, principalmente: (1) es muy costoso y difícil de implementar, siendo una metodología de grupo fuera del alcance de la mayoría de profesionales e investigadores; (2) genera condiciones de “laboratorio” que difieren enormemente del contexto habitual en el que ocurre la psicoterapia; (3) reduce las realidades complejas y los problemas de los pacientes a diagnósticos psiquiátricos (4) sólo muestra los resultados, sin permitir que el investigador comprenda el proceso o mecanismos de cambios involucrados en el proceso; y (5) la condición de homogeneidad que impone y asume sobre los clientes, terapeutas y tratamientos ha llevado a problemas estadísticos y conceptuales, y ha sido reconocido como el obstáculo principal para el desarrollo de investigación en psicoterapia (Carey y Stiles, 2015; Silberschatz, 2017; Tschuschke et al., 2010).

Estas son limitaciones importantes para conducir investigaciones de eficacia en la terapia Gestalt y otros acercamientos humanísticos, porque los investigadores de Gestalt no suelen estar en posiciones académicas que puedan permitirles dirigir estudios de grupo con poblaciones de estudiantes o tener fondos, y porque la tradición humanista tiene discrepancias epistemológicas con los métodos reduccionistas y de laboratorio de hacer investigación (Angus et al., 2015). Frente a esta realidad, la enseñanza y la práctica de la terapia Gestalt se basan principalmente en intuiciones clínicas y testimonios anecdóticos no respaldados por la investigación empírica. Como resultado, las políticas de salud que requieren validación empírica no incluyen a la terapia Gestalt dentro de las alternativas de tratamiento para los pacientes, dejándolos sin esta opción de tratamiento potencialmente beneficioso.

### **El diseño de series temporales de caso único**

En este contexto de limitaciones prácticas y epistemológicas, la Asociación Americana de Psicología (APA) ha acordado que las ECAs no deberían ser la única opción para estudiar la eficacia y apoyar em-

píricamente un método de tratamiento (American Psychological Association, 2006). Propone los diseños de series temporales de caso único (Single-Case time series - SCTS) como una alternativa válida (American Psychological Association, 2006; Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001) y establece que una serie larga (>9) de estudios experimentales de caso único sería tan aceptable como dos experimentos entre dos grupos para indicar que una terapia está bien establecida en su naturaleza (Chambless et al., 1998). En esta misma línea, Borckhardt et. al. (2008) señaló que:

... el diseño de series temporales basada en casos generados por el profesional con medición de línea de base califica completamente como un verdadero experimento y debe estar junto a los diseños grupales más comunes (p. ej., el ensayo controlado aleatorio o ECA) como un enfoque viable para expandir nuestro conocimiento sobre si, cómo y para quién funciona la psicoterapia (p. 77).

En el diseño de las series temporales (SCTS), un solo caso es estudiado longitudinalmente, a lo largo de diferentes fases antes, durante y luego de la intervención psicoterapéutica. Es un experimento porque se compara al paciente con y sin intervención, recolectando datos de línea de base evaluar los problemas del paciente (variable dependiente) sin intervención (condición de control) y luego recolectando datos durante y después de la intervención para la comparación (condición de intervención). Por lo tanto, el paciente funciona como su propio control. Este método cumple los requisitos de un análisis de series temporales porque los datos se recolectan continuamente con medidas regulares diarias y luego son analizadas considerando la auto-correlación y los posibles efectos de confusión en la efectividad tales como la remisión por el paso del tiempo.

El SCTS es ventajoso para estudiar la eficacia de los modelos de psicoterapia que no pueden o prefieren no utilizar la metodología ECA. Su utilidad ha sido comprobada en varios proyectos de investigación, desde activación conductual durante la hospitalización de pacientes psiquiátricos (Folke et al., 2015; Silberschatz, 2017), hasta rastrear la comunicación escolar en niños con espectro autista (Whalon, Conroy, Martinez y Werch, 2015), hasta TCC para ansiedad comórbida y depresión (Hague, Scott y Kellet, 2015). El diseño del presente estudio también corresponde a los diseños N-de-1 seguidos por un metaanálisis, que se está convirtiendo popular en salud en lugar del ECA (Mengersen, McGree y Schmid, 2015; Punja et al., 2016).

Para los estudios de proceso-resultado, el SCTS puede combinarse con métodos de investigación cualitativos, permitiendo recoger informa-

ción detallada y continua sobre el proceso de cambio del paciente, antes, durante y después de la psicoterapia. Esto puede indicar cuáles sesiones de terapia tuvieron un impacto positivo, neutral o negativo en el problema presentado por el paciente. Esto puede ilustrar cómo el proceso de cambio se desarrolla con el tiempo, e identificar las fases o puntos de inflexión críticos en el proceso de cambio.

En resumen, el diseño experimental de un caso único con análisis de series de tiempo proporciona una alternativa aceptable a los tratamientos controlados aleatorios que usan grupos (Smith, 2012; Kratochwill y Levin, 2010) y proporciona valiosos beneficios adicionales. Los SCTS son más manejables y menos costosos que los diseños de grupo (Chambless y Holon, 1998). Son menos intrusivos, permitiendo a profesional investigador estudiar la manera en que trabaja en su práctica diaria y permiten hacer inferencias causales en el proceso de cambio en psicoterapia.

El objetivo de este estudio es proveer evidencia sobre la eficacia de la terapia Gestalt con clientes diagnosticados con ansiedad. El estudio también demuestra la aplicación de SCTS en una red de investigación basada en la práctica.

## MARCO METODOLÓGICO

### Diseño experimental de caso único

En este diseño experimental de caso único tipo A-B-A con un análisis de las series temporales, hubo tres fases: (1) una fase inicial de línea de base sin la terapia (dos semanas, comenzando en la sesión de evaluación "0" y terminando antes de la primera sesión de terapia), (2) una fase de terapia (un mínimo de ocho sesiones de terapia Gestalt, con una longitud máxima dependiendo de cada caso específico), y (3) una fase de seguimiento (dos semanas, comenzando desde la última sesión de terapia).

### Instrumentos

La *Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI* (MINI 6.0; Sheehan et al., 2010) es una entrevista estructurada corta que se utiliza para evaluar 17 trastornos comunes del eje I utilizando los criterios del DSM-IV. Fue administrado por un psicoterapeuta o un psiquiatra entrenado en DSM-IV para cerciorarse del diagnóstico del cliente.

La *Escala de Ansiedad de Hamilton* (Hamilton, 1959) es una entrevista estructurada que se utiliza para evaluar la ansiedad somática y psíquica del cliente. Utiliza los siguientes puntajes de corte: (a) 0-5 sin ansiedad, (b) 6-14 ansiedad baja, (c) 15-30 ansiedad moderada, y (d)  $\geq 31$  ansiedad severa. Presenta una buena consistencia

interna (alfa de Cronbach 0,79-0,86) y acuerdo inter-evaluador ( $r = 0,74-0,96$ ).

El *Cuestionario de Resultados* (OQ-45.2; Lambert et al., 1996) es un cuestionario autoadministrable corto que se utiliza para medir el bienestar general del paciente. Tiene tres escalas: angustia sintomática, funcionamiento interpersonal y desempeño en el rol social. El puntaje de corte es 73, y el índice de cambio confiable (RCI) es  $\geq 17$ , basado en la adaptación chilena de Bergen y De la Parra (2002).

El *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-1; Beck, 1978) es un cuestionario autoadministrable breve, utilizado para medir la intensidad, severidad y profundidad de la depresión. Los puntos de corte son (a) 0-9 depresión mínima, (b) 10-18 depresión media, (c) 19-29 depresión moderada, (d) 30-63 depresión severa.

El *Target Complaints* (Battle, Imber y Hoehn-Saric, 1966) es una medida autoadministrable individual de 3-4 problemas centrales, específicos e idiosincráticos, que se identifican y co-construyen entre el cliente y el terapeuta durante la sesión "0". El rango de puntaje es de 1-10 y cada queja es analizada individualmente. Las quejas deben ser concretas, cuantificables, frecuentes, estables sin tratamiento, y relativamente independiente la una de la otra. Estas "quejas objetivo" son utilizadas para el análisis de series temporales. La confiabilidad de este instrumento es razonablemente alta, pero carece de más datos de validez (Deane, Spicer y Todd, 1996).

El *Therapist Experience Journal* es un registro de las experiencias y notas del proceso de terapia e investigación basado en el CSEP-II Experiential Therapy Session Form (Elliot, 2003), sus resultados no son utilizados en este artículo particular.

### Participantes

**Clientes.** La psicoterapia se llevó a cabo en un contexto individual, en ámbitos privados y públicos de salud. Los criterios de inclusión que debían presentar los clientes: (1) Presencia de un trastorno de ansiedad de acuerdo al MINI, o un puntaje  $\geq 15$  en la escala de ansiedad de Hamilton; (2) No presentar síntomas paranoides o psicóticos; (3) No presentar problemas que requieran intervención psicoterapéutica urgente; (4) no estar realizando una terapia paralela por los mismos objetivos que lo aquejen por el periodo de tres semanas previas o tres semanas posteriores a la primera sesión de terapia. Si bien por razones éticas, se permitió a los participantes participar en otras formas de terapia después de este período de 3 semanas; ninguno informó haber ingresado a otra forma de terapia después de comenzar las sesiones de psicoterapia. La tabla 1 muestra una descripción más detallada.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Paciente Nº	Edad y Género	Diagnóstico	Hamilton Puntaje	Nº de sesiones
1	39, f	Trastorno de ansiedad	13 (leve)	14
2	30, f	ansiedad generalizada	21 (mod.)	15
3	23, f	Trastorno de ansiedad	17 (mod.)	12
4	26, f	abuso de alcohol, agorafobia, depresión	19 (mod.)	18
5	23, f	trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada	29 (mod.)	40
6	29, f	ansiedad mixta y trastono depresivo	17 (mod.)	19
7	37, f	ansiedad mixta y trastono depresivo	39 (severo)	8
8	24, f	Trastorno de ansiedad	25 (mod.)	11
9	24, f	trastorno adaptativo con síntomas ansiosos	23 (mod.)	16
10	26, f	trastorno de pánico sin agorafobia	24 (mod.)	20

**Terapeutas.** Cada cliente fue tratado por un terapeuta diferente (8 mujeres, 2 varones). Todos los terapeutas eran estudiantes de maestría (programa de maestría en terapia Gestalt, Centro de Psicoterapia Gestalt de Santiago) en su tercer año de entrenamiento, y la participación en el estudio fue una de las alternativas para sus tesis finales (versus realizar un artículo teórico). Cada terapeuta tenía que tener los siguientes criterios de inclusión: (1) cinco o más años de formación en psicología, trabajo social o psiquiatría, (2) dos o más años (al menos 360 horas) de entrenamiento en terapia Gestalt, (3) acceso a la supervisión con un supervisor entrenado en Gestalt durante la duración del tratamiento.

**Fidelidad al Tratamiento.** La fidelidad al tratamiento se basó en el entrenamiento en psicoterapia y la supervisión de los terapeutas, que fue llevado a cabo en la modalidad de terapia Gestalt.

**El procedimiento de selección.** Los clientes que tenían los criterios de inclusión fueron contactados por los terapeutas telefónicamente o vía email y fueron invitados a participar en el estudio. Los primeros diez casos que completaron un mínimo de ocho sesiones de terapia fueron elegidos para este estudio. Luego de recolectar datos para estos diez casos, otro terapeuta reportó un caso de abandono que asistió a menos de ocho sesiones, el cual no fue incluido en este estudio.

**Ética.** Antes de la sesión de evaluación inicial (sesión 0), los clientes fueron informados acerca del diseño general y sus implicaciones, y en la sesión "0" firmaron un consentimiento informado. Todos los datos fueron archivados de manera anónima, de acuerdo con las regulaciones de la Universidad de Chile.

### Procedimiento de recolección de datos

**Fase de Línea de Base (A).** En la sesión 0, el terapeuta aplicó el primer conjunto de instrumentos de recopilación de datos (MINI 6.o., OQ-45 y la escala de ansiedad de Hamilton), y las quejas objetivo (Target Complaints – TC, siglas en inglés) fueron identificadas colaborativamente con el cliente. Luego de la sesión 0, el paciente comienza el registro diario de los target complaints. Luego de dos semanas (14 medidas diarias), la fase de terapia comenzaba con la primera sesión psicoterapéutica.

**Fase de terapia (B).** El registro de los target complaints continuó. Luego de cada sesión los terapeutas completaron su diario de experiencias y los pacientes completaron el OQ-45. Todas las sesiones fueron grabadas en video/audio.

**Fase de seguimiento (A).** La fase de seguimiento comenzó con la última sesión de terapia, en donde se aplicaron el OQ-45 y la escala de ansiedad de Hamilton. El registro de las quejas objetivo diarias continuó por dos semanas luego de la última sesión. Después de seis meses, un entrevistador independiente contactó al cliente y aplicó el BDI-1, el OQ-45 y la escala de ansiedad de Hamilton en una sesión de seguimiento.

### Análisis de datos

Se utilizó el Diseño Experimental de Caso Único (Smith, 2012) con el análisis de series temporales, comparando los puntajes de Target Complaints (TC) en las fases de línea de base y de seguimiento. Se siguieron los estándares de calidad para la metodología SCTS: (1) Se usaron tanto análisis visuales como estadísticos (los instrumentos estadísticos consideran el efecto de autocorrelación); (2) El Target Complaints se complementó con medidas estándar de resultado o síntomas; (3) Se controlaron las situaciones no relacionadas con la terapia que podrían explicar la mejoría del pa-

ciente; y (4) Se consideraron los datos de tamaño de efecto para la agregación futura de análisis de múltiples casos y metanálisis (Borckardt et al., 2008; Borckardt y Nash, 2014; Tate et al., 2013; Wendt y Miller, 2012). El análisis de los datos se realizó para proporcionar respuestas a las siguientes tres preguntas de investigación:

**Pregunta de investigación I: ¿Hay mejoría pre-post? Y si es así, ¿cuán grande es?** Se utilizaron para esto tres indicadores: (1) análisis visual, comparando los puntajes de las Target complaints (TC) durante las tres fases; (2) prueba de cambio de nivel que compara las fases de referencia y de seguimiento, utilizando el coeficiente  $r$  (correlación de Pearson de TC con el vector de fase,  $p < 0,05$ ) para calcular el tamaño del efecto (TE). Tal como sugirieron Borckardt et. al. (2008), esto fue calculado utilizando su propio software de Simulation Modeling Analysis (SMA), disponible de forma gratuita en: <http://clinicalresearcher.org> y específicamente desarrollado para pequeños números de observaciones y la consideración de la autocorrelación de Series temporales; (3) reducción promedio de la línea de base (MBLR, calculada restando el valor promedio de la etapa de seguimiento del valor promedio de la etapa de línea de base, dividiendo por el valor promedio de la etapa de línea de base y luego multiplicando el resultado por 100), como uno de los métodos más frecuentemente informados y meritorios para calcular los tamaños del efecto para diseños de un caso único (Campbell, 2003; Olive y Smith, 2005).

**Pregunta de investigación II: ¿Es el cambio clínicamente significativo?** Si había evidencia de una mejoría pre y post, el análisis se enfocó en qué tan clínicamente significativo fue ese cambio. Se utilizaron dos indicadores: (1) Se compararon los puntajes de OQ-45 en la sesión 0, la sesión final y la sesión de seguimiento, considerando el índice de cambio confiable chileno de  $\geq 17$ ; (2) Se compararon la escala de ansiedad de Hamilton y la escala BDI en la sesión 0, final y seguimiento.

**Pregunta de investigación III: ¿Se puede atribuir la mejoría al proceso terapéutico?** Para confirmar que la mejora se debió a la intervención y no a un producto de una tendencia a la baja en los puntajes de los target complaints que comenzó en la fase inicial y simplemente continuó en las fases de terapia y seguimiento, se utilizó el siguiente procedimiento:

1. Examinar si existe una tendencia, usando un método estándar de análisis de regresión lineal: valor R-cuadrado, valor  $p$  de la prueba F de la significación de la regresión global. Si no hubo una tendencia, la respuesta a esta pregunta de investigación fue "sí". Si hubo una tendencia, entonces:
2. Calcular el TE que surge al eliminar la influencia de la tendencia, usando el

análisis de correlación parcial de SMA controlando la influencia de la tendencia observada (este procedimiento mide el mismo  $r$  de Pearson bajo la condición de que la correlación de la queja objetivo y la tendencia lineal es removida). Si el TE resultante fue estadísticamente significativo, entonces la respuesta a esta pregunta de investigación también fue "sí". Si no fue significativo, entonces:

3. Llevar a cabo un análisis visual de todo el proceso, según lo recomendado por Borckardt y Nash (2014). Si había peculiaridades obvias del proceso que afectaban al TE y eran diferentes de la tendencia lineal, entonces la respuesta también era "sí". Si no, la respuesta a la pregunta de investigación fue "no".

**Otras consideraciones para el análisis de datos.** Para completar los datos faltantes, se utilizó el Procedimiento EM (Algoritmo de maximización de expectativas), un método adecuado para tales observaciones de series temporales dado el hecho de que la sensibilidad de potencia disminuye cuando la autocorrelación es grande (Smith, Borckardt y Nash, 2012). El metaanálisis fue una parte importante de nuestro estudio porque nos permite: (1) calcular los tamaños del efecto (TE) para todos los target complaints (TC) y también para formar Glass ' $\Delta$ ', comparándolos con los valores TE obtenidos por la SMA, (2) obtener valores agregados de TE para cada uno de los diez casos; y (3) calcular los valores de TE agregados para la investigación como un todo y determinar el lugar de cada caso en el contexto de los demás (Manolov y Solanas, 2008). Para este propósito, calculamos las diferencias de medias estandarizadas para cada TC con Glass ' $\Delta$ ' (Glass, McGaw y Smith, 1981) según lo recomendado por Beretvas & Chung (2008), usando promedios no ponderados (ver Manolov, Guilera y Sierra, 2014). Como es sabido, a diferencia del diseño del grupo, en un SCTS las diferencias de medias estandarizadas no tienen puntos de referencia y sus valores están determinados por la especificidad de cada estudio.

## RESULTADOS

Nuestros resultados proveen evidencia de la eficacia de la terapia Gestalt en este estudio. Un meta-análisis de todos los casos investigados y un ejemplo de los resultados más detallados en un caso seleccionado también se presentan para suplementar respuestas a las tres preguntas de investigación. La Tabla 2 provee la media detallada y resultados de desviación estándar (DS) para todos los TC.

**Tabla 2. Descripción de las quejas de destino para todos los casos**

Nº	TC (nº y texto)	Línea de base		Terapia		Seguimiento	
		M	DS	M	DS	M	DS
1		N=13		N= 155		N=14	
	1 No sé como mostrar mis verdaderos sentimientos	5.1	0,3	4.3	1.7	1	0,0
	2 Cuando estoy en pareja soy rígida, me es difícil involucrarme emocionalmente	4.4	1,0	4.6	1.9	1.2	0,4
	3 Relación distante con los padres	4	1,1	2.7	1.3	1.1	0,4
4 No puedo manejar bien mi enojo	4.5	1,1	1.6	1	1	0,0	
2		N=17		N= 149		N=12	
	1 Miedo al éxito	3.3	1,0	2.7	1	2.2	0,4
	2 Ansiedad	3.7	0,8	2.9	1.1	2.3	0,6
3 Mala relación con mamá	2.1	0,9	1.4	0.6	1	0,0	
3		N=16		N=120		N=11	
	1 Me siento triste de no contactarme con otros	3.9	0,9	2.7	1.2	1.6	0,9
	2 Me siento culpable si no cumpla mis propias exigencias	5.1	0,8	3.5	1.5	2.1	0,8
3 Evito expresar el enojo	3	1,3	2.2	1.1	1.5	0,8	
4		N=13		N=148		N=14	
	1 No soy suficiente para mi familia	4.5	1,0	2.5	1.3	1	0,0
	2 Me desespero cuando estoy ocioso	4.8	1,5	2.4	1.4	1	0,0
3 Frecuentemente me siento angustiado	3.8	1,1	2.2	1.5	1	0,0	
5		N=17		N=238		N=26	
	1 No puedo poner límites con mi ex, por lo que él todavía se relaciona conmigo como si fuéramos pareja	5.9	1,3	3.9	2	1.6	1,2
	2 No puedo relacionar de manera amigable con los demás, siempre estoy distante o agresiva	4.8	1,9	2.5	1.9	1.2	0,6
3 Ansiedad: no puedo aceptar cosas que suceden, mi pecho se contrae y tengo pensamientos negativos	5.9	1,6	3.7	2.1	1.6	1,3	
6		N=20		N=195		N=11	
	1 Dificultad para disfrutar de las cosas	4.2	0,8	1.8	0.8	1	0,0
	2 No soy capaz de controlarme con las compras y la comida	7	0,0	5.5	0.6	5	0,0
3 No acepto mi cuerpo	4.8	0,7	3.4	0.9	2	0,0	
7		N=14		N=72		N=14	
	1 No me siento segura como mamá	4.5	1,4	3.3	1.9	1.5	0,5
	2 No puedo tolerar el abuso en el trabajo	3.9	1,7	4.4	1.4	5.1	1,6
3 Difícilmente puedo encarar la vida teniendo a mi familia dividida	4	1,5	3.4	1.4	1.1	0,3	
8		N=17		N=93		N=68	
	1 El temor de no cumplir las expectativas de los otros	7.2	1,0	5	2.3	2.5	1,5
	2 Tengo miedo a equivocarme	6.5	1,2	3.7	1.9	2	1,7
3 Rechazo de si misma	6.1	1,8	5	1.8	2.7	1,7	
9		N=14		N=187		N=15	
	1 Me siento insegura en frente de otras personas	6.9	1,0	3.7	1.6	1.5	0,6
	2 Tengo miedo de ser evaluada pobremente por los otros	7.1	1,1	3.5	1.6	1.6	0,7
3 Tengo problemas para ser sexualmente desinhibida o libre	8.2	1,1	4.2	2.1	1	0,0	
10		N=14		N=169		N=14	
	1 No sé hacia dónde ir, cuestiono constantemente lo que estoy haciendo	5.7	2,0	4.2	1.9	1.9	0,5
	2 No tengo sentimientos, las cosas no me afectan como solían	7.5	1,3	2.1	1.3	1	0,0
3 Cuando las cosas no me salen, me da ansiedad y miedo de tener un ataque de pánico	8.6	1,0	5	2.7	1.1	0,5	

### Pregunta de investigación I: ¿Hay mejoría pre-post? Y si es así, ¿cuán grande es?

Tal como se muestra en la Tabla 3, en casi todos los pacientes las quejas objetivas mostraron cambios terapéuticos entre la fase de línea de base y la fase de seguimiento. La única excepción fue la queja objetivo N° 2 (TC2) del paciente 7:

“no puedo tolerar el abuso en mi lugar de trabajo”. Esta TC específica mostró un pequeño empeoramiento ( $r=+0,353$ ;  $p=0,4546$ ), comenzando con 3,9 (media de línea de base) y terminando con 5,1 (media de seguimiento). Podemos interpretar esto como un problema en la definición de esta queja objetivo.

Tabla 3. Resultados de las preguntas de investigación I y II

Paciente nº	TC nº	¿Hay mejoría pre-post? Y, en caso afirmativo, ¿cuán grande es?				¿Es atribuible ese cambio a la terapia?			
		r y p en SMA	MBLR (%)	Análisis Visual	SI/No? Medida	Tendencia general (R2)*	xy/z y p en SMA	Si/No?	
1	1	-0,996 0,0001	80	Gran mejoría en las últimas semanas de terapia	SI, GRANDE	No		SI	
	2	-0,914 0,0002	72	Gran mejoría en las últimas semanas de terapia	SI, GRANDE	No		SI	
	3	-0,882 0,0001	71	Mejoría estable durante la fase de terapia	SI, GRANDE	0,536	-0,733 0,0206	SI	
	4	-0,920 0,0012	78	Mejora rápida durante la línea de base hasta la primera parte de la fase de terapia	SI, GRANDE	0,617	-0,673 0,163	DISCUTIBLE	
2	1	-0,585 0,0216	34	Lenta mejoría en la terapia	SI, MEDIO	No		SI	
	2	-0,697 0,0036	39	Lenta mejoría en la terapia	SI, MEDIO	No		SI	
	3	-0,624 0,0244	52	Pequeña mejoría durante la línea de base y inicio de la terapia	SI, MEDIO	No		SI	
3	1	-0,765 0,0022	55	Mejoría gradual durante la línea de base y inicio de la terapia	SI, MEDIO	0,454	-0,67 0,0148	SI	
	2	-0,862 0,002	51	Mejoría gradual durante la línea de base y inicio de la terapia	SI, MEDIO	0,563	-0,805 0,0076	SI	
	3	-0,611 0,0148	52	Mejoría gradual durante la línea de base y inicio de la terapia	SI, MEDIO	No		SI	
4	1	-0,939 0,0001	78	Mejoría gradual pero no constante durante la terapia	SI, GRANDE	0,574	-0,771 0,0864	SI	
	2	-0,892 0,0002	79	Mejoría gradual durante la terapia	SI, GRANDE	0,653	-0,686 0,0438	SI	
	3	-0,881 0,0012	74	Mejoría gradual y muy irregular durante la primera mitad de la terapia	SI, GRANDE	0,603	-0,572 0,1614	DISCUTIBLE	
5	1	-0,871 0,0001	73		SI, GRANDE	0,448	-0,775 0,0062	SI	
	2	-0,820 0,0002	76	Mejoría muy irregular	SI, GRANDE	0,375	-0,722 0,0084	SI	
	3	-0,839 0,001	73	Mejoría muy irregular	SI, GRANDE	0,394	-0,749 0,0052	SI	
6	1	-0,931 0,0002	76	Mejoría gradual	SI, GRANDE	0,726	-0,836 0,0152	SI	
	2	-1,000 0,0001	28	Pequeña mejora gradual	SI, MEDIO	0,784	-1 0,0001	SI	
	3	-0,926 0,0001	58	Mejoría gradual pero irregular	SI, MEDIO	0,537	-0,844 0,004	SI	
7	1	-0,828 0,0086	67	Mejora pronunciada en la primera mitad de la terapia	SI, GRANDE	No		SI	
	2	+0,353 0,4546	-32	Sin mejoría, irregular	NO	No		-	
	3	-0,812 0,0162	73	Muy irregular, mejora en la fase final de la terapia	SI, GRANDE	0,545	-0,332 0,5012	SI	

8	1	-0,804 0,0008	65	Mejora irregular pero grande durante la terapia	SI, GRANDE	0,515	-0,569 0,1048	SI
	2	-0,749 0,0006	68	Gran mejoría en el primer tercio de la terapia	SI, GRANDE	0,578	-0,476 0,1590	SI
	3	-0,635 0,0082	56	Mejoría irregular pero grande durante terapia y seguimiento	YES, MEDIUM	0,37	-0,282 0,4062	SI
9	1	-0,958 0,0001	78	Gran mejoría en el primer tercio de la terapia	SI, GRANDE	0,436	-0,894 0,0018	SI
	2	-0,951 0,0002	78	Mejoría gradual y grande en el primer tercio de la terapia	SI, GRANDE	0,428	-0,866 0,0046	SI
	3	-0,981 0,0001	88	Mejoría gradual y grande en el primer tercio de la terapia	SI, GRANDE	0,713	-0,930 0,0014	SI
10	1	-0,854 0,0008	71	Extremadamente irregular, pero mejor en el seguimiento	SI, GRANDE	No		SI
	2	-0,973 0,0001	87	Gran mejoría en el inicio de la terapia	SI, GRANDE	0,33	-0,923 0,0001	SI
	3	-0,982 0,0001	85	Extremadamente irregular, pero mejor en el seguimiento	SI, GRANDE	0,757	-0,963 0,0001	SI

Los tres indicadores confirmaron la presencia de cambio en las restantes 30 quejas objetivo. Los puntajes MBLR variaron entre 28% y 88%; La correlación de Pearson de TC con el vector de fase mostró valores entre -0,585 y -0,996 (TC2 del Paciente 6 tiene un valor de -1,00 r, pero es un caso especial con completa falta de variación en ambas fases); y el análisis visual mostró diversos grados de mejora, tanto graduales (por ejemplo, paciente 4, TC2) como súbitos (por ejemplo, paciente 1, TC1). Todos los datos brutos (incluidos puntajes TC y gráficos para cada TC) están disponibles de forma abierta<sup>1</sup>, ya que en este documento presentamos sólo algunos ejemplos de los gráficos TC.

De los 30 TC que mostraron cambios terapéuticos, en 21 TC este cambio fue grande (MBLR > 65%;  $r < -0,749$ ;  $p < 0,05$ ; más cambios notables en el análisis visual). En 6 TC el cambio fue de tamaño mediano (MBLR > 51%;  $r < -0,611$ ;  $p < 0,05$ ; más cambio significativo en el análisis visual). En las 3 TC restantes, el cambio se consideró pequeño (MBLR > 28%;  $r < -0,585$ ;  $p$

$< 0,05$ ; más un cambio notable en el análisis visual).

### Pregunta de investigación II: ¿Es significativo el cambio clínico?

Como se muestra en la Tabla 4, nueve de los diez casos mostraron indicadores de cambios terapéuticos significativos, mientras que los resultados del paciente 2 fueron discutibles. En el caso del paciente 7, dos de las tres quejas objetivo mostraron un cambio significativo.

En el paciente 2, la prueba para el cambio de nivel y las puntuaciones del MBLR indicaron un cambio pequeño o mediano en las quejas objetivo, pero las puntuaciones del OQ-45 no disminuyeron entre las fases iniciales y de seguimiento. Sin embargo, la paciente comenzó en el rango "funcional" de acuerdo con sus puntajes del OQ, y los puntajes de ansiedad de la escala de Hamilton cayeron de moderados (21) a bajos (8) entre la línea de base y el seguimiento siete meses después del final de la terapia.

Tabla 4. Resultados para la pregunta de investigación II

Paciente nº	Diagnóstico	Medida	Sesión o	Sesión Final de la Terapia	Sesión Seguimiento	Conclusión
1	Trastorno de Ansiedad	Test de Hamilton	13	3	3	SI
		OQ-45	50	9*	14*	
2	Ansiedad generalizada	Test de Hamilton	21	20	8	DISCUTIBLE
		OQ-45	54	52	57	
3	Trastorno de Ansiedad	Test de Hamilton	17	10	12	SI
		OQ-45	67	39*	29*	
		BDI	13	3	7	

<sup>1</sup><https://drive.google.com/open?id=oBwx6E-BamGktVzlnU3NsTmNMUXc>

4	HO, agorafobia, depresión	Test de Hamilton	19	6	4	SI
		OQ-45	62	21*	34*	
		BDI	11	3	2	
5	Pánico-agorafobia, ansiedad generalizada sin agorafobia	Test de Hamilton	29	9	9	SI
		OQ-45	90	59*	44*	
		BDI	19	7	4	
6	Ansiedad mixta y depresión	Test de Hamilton	17	6	5	SI
		OQ-45	49	40	27*	
		BDI	11	7	5	
7	Ansiedad mixta y depresión	Test de Hamilton	39	12	8	SI (para 2 de 3 TC)
		OQ-45	96	76*	70*	
		BDI	21	5	7	
8	Trastorno de Ansiedad	Test de Hamilton	25	10	8	SI
		OQ-45	99	49*	42	
		BDI	21	7	5	
9	Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	Test de Hamilton	23	10	13	SI
		OQ-45	77	41*	40	
		BDI	23	7	5	
10	Pánico sin agorafobia	Test de Hamilton	24	13	10	SI
		OQ-45	91	59*	39*	
		BDI	21	4	3	

En los otros nueve casos, los puntajes del OQ-45 mostraron una reducción significativa, por encima del índice de cambio confiable mínimo de 17. Además, todos los demás pacientes mostraron una mejoría en sus puntuaciones de ansiedad (de moderado a bajo o de severo a bajo en el caso del paciente 7) y en sus puntajes del BDI (de moderado a mínimo, o de bajo a mínimo en los pacientes 6 y 4). Por ejemplo, el paciente 3 cambió de la población clínica a la población normal, mostró un índice de cambio clínicamente significativo y pasó de la ansiedad moderada a la ausencia de ansiedad.

En resumen, los puntajes promedio del test de Hamilton comenzaron en 22,7 en la sesión 0 y mejoraron a 9,9 en la sesión final y 8,0 en la sesión de seguimiento de 6 meses. Los puntajes promedio de OQ-45 comenzaron en 73,5 y mejoraron a 46 en la sesión final y 46,3 en el seguimiento. Los puntajes de BDI también mejoraron de 17 en la sesión 0 a 5,6 en la sesión final y 5,0 en el seguimiento. En conjunto, estos resultados muestran que en nueve de los diez casos el cambio terapéutico fue definitivamente significativo y se mantuvo a lo largo del tiempo, mientras que en el caso restante hubo indicadores mixtos.

### Pregunta de investigación III: ¿Se puede atribuir la mejoría al proceso terapéutico?

El proceso de tres pasos detallado en la Tabla 3

se llevó a cabo para explorar si el cambio podría ser atribuible a otros factores ajenos a la terapia. Después del análisis de regresión, encontramos que nueve TC no mostraban una tendencia lineal estadísticamente significativa, por lo que no calculamos su correlación parcial. De las 22 quejas objetivo restantes, encontramos que en 15 TC la mejoría podría atribuirse a la terapia controlando el efecto de la tendencia lineal, con valores  $r$  de correlación parcial que van desde -0,67 a -1, y todos los puntajes  $p$  por debajo de 0,05. En los siete TC restantes se necesitó un análisis visual.

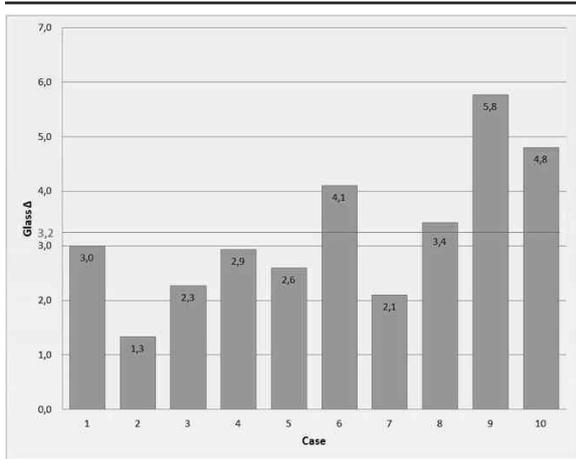
En cinco quejas objetivo, el análisis visual mostró períodos claros a corto plazo de los valores de TC que aumentaron bruscamente, distorsionando así los valores de los coeficientes de correlación parciales, pero no se asoció con la presencia de la tendencia. Por lo tanto, los cambios aquí podrían considerarse como pertenecientes a la terapia, y no la influencia de la tendencia. En los dos TC restantes, los resultados fueron discutibles, ya que el análisis visual mostró una clara tendencia a la mejoría a corto plazo, que finaliza en el medio de la fase terapéutica (por ejemplo, TC<sub>3</sub> del paciente 4, considerado en detalle a continuación). Esto podría ser causado por una terapia más exitosa para esta queja objetivo que para el resto de los TC, o por una remisión natural rápida. Por lo tanto, para obtener la respuesta final a la ter-

cera pregunta de investigación aquí se requerirá un análisis cualitativo del proceso de terapia.

**Metaanálisis**

La figura 1 muestra que los casos 1, 4, 8 tienen los valores TE cercanos a los valores TE de todo el estudio, igual a 3,2. Los casos 2, 9, 10 están lejos de esto y por lo tanto requieren un análisis cualitativo detallado.

Figura 1.



**Análisis detallado del caso No. 4: “Clara”**

El caso nº4 muestra un ejemplo de los resultados detallados que pueden obtenerse utili-

zando esta metodología, y fue elegido porque sus TC se focalizan mayormente en la ansiedad y por su valor Glass Δ de 2,9 es cercano a la media de todo el estudio.

Clara era una mujer de 26 años de edad, kinesióloga, soltera, viviendo con su madre y dos hermanos. El terapeuta era un varón de 33 años, en su tercer año de entrenamiento en Gestalt, con seis años de experiencia como psicoterapeuta. La entrevista psiquiátrica MINI dirigida por el terapeuta indicó un diagnóstico clínico de agorafobia, trastorno depresivo recurrente y abuso de alcohol. Ella también presentó depresión media y ansiedad moderada (BDI-1= 11; Hamilton= 19). El OQ-45 la categorizó en un rango funcional, así que más allá de su diagnóstico, ella podía funcionar relativamente bien.

El análisis visual muestra que los promedios de todos los TC (líneas de puntos rojas en los gráficos en las figuras 2,3,4) mejoran notablemente durante las tres fases. Esto corresponde al alto puntaje TE obtenido en la forma de coeficiente de correlación de Pearson calculado por el SMA para los tres TCs: r desde -0,881 a -0,939, lo cual indica una relación cercana entre la disminución de los valores de TC y si fueron medidos antes o después de la terapia. Además, los valores altos tienen TE en forma de MBLR: de 74% a 79%, lo que indica una reducción del 75% en el nivel de quejas del paciente en comparación con la observada antes de la terapia.

Figura 2.

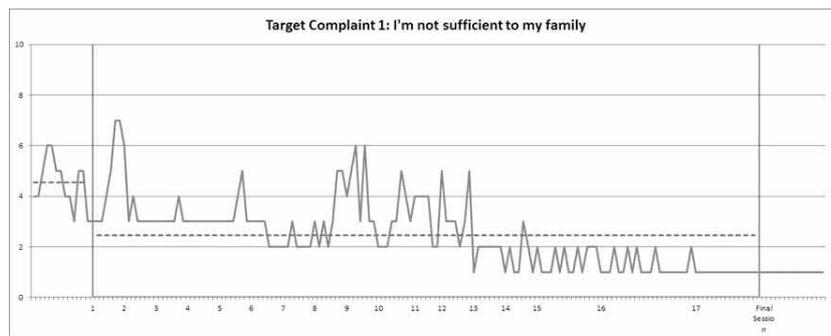


Figura 3.

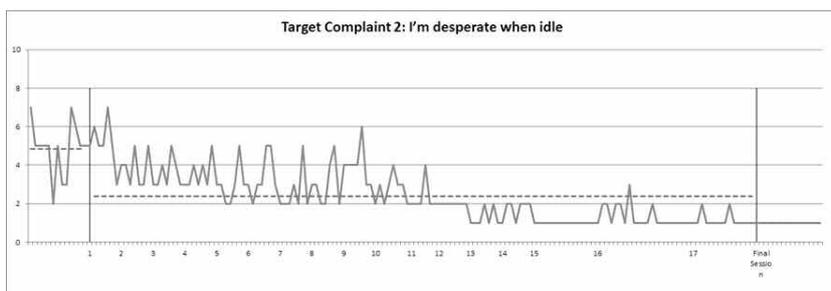
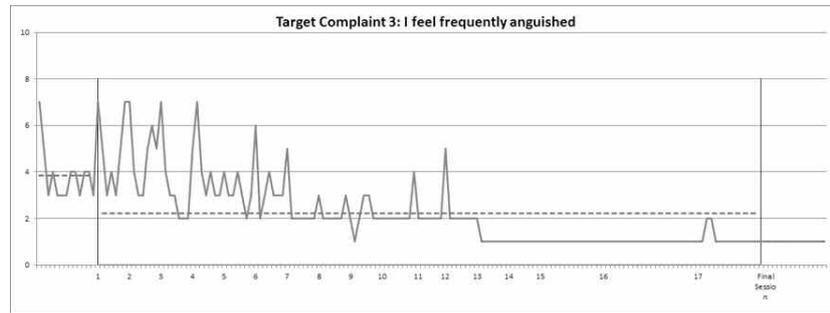


Figura 4.



El análisis visual también muestra que la variación aumentó abruptamente en el medio de la terapia para TC1 y en la primera mitad de la fase terapéutica para TC2 y se vuelve mínima para todos los TC después de la sesión 12-13. La presencia de una tendencia a disminuir también es notable en los tres gráficos, lo que se confirma por los valores del coeficiente R cuadrado para la regresión correspondiente: de 0,574 a 0,653.

El gráfico para TC3 muestra que los cambios de medición de la fase inicial a las fases posteriores están lo suficientemente cerca de esta tendencia, lo que muestra un ejemplo de la necesidad de una respuesta aquí para la tercera pregunta de investigación. Dado que el coeficiente de correlación parcial en el SMA fue insignificante ( $p = 0,1614$ ), hay motivos para afirmar que la reducción del TC se debe a la influencia de la tendencia a la mejoría ajena al proceso terapéutico. Sin embargo, el análisis visual muestra un patrón similar de alta variación durante la línea base y la primera parte de la terapia, y una mejora notable después de la sesión 7. Esta mejora se estabilizó después de la sesión 12 y continuó en la sesión de seguimiento nueve meses después, cuando Clara puntuó el TC3 con un promedio de 1 en la última semana. Este análisis visual sugiere que los cambios no fueron producto de la remisión natural del paciente, pero hasta un análisis cualitativo más detallado, la atribución de estos cambios a la terapia sigue siendo discutible.

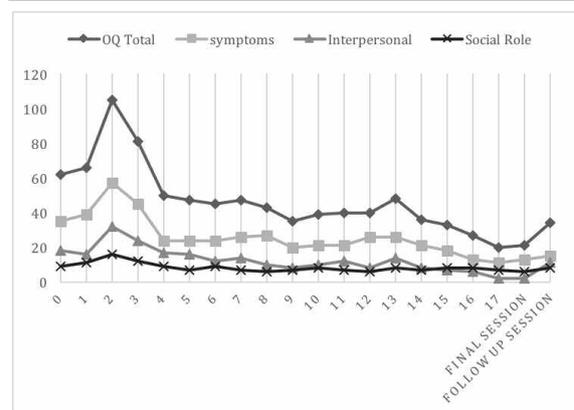
La evidencia de la mejoría de Clara en la terapia se demuestra no solo por la dinámica de las quejas objetivo, sino también por la normalización de los indicadores de ansiedad y depresión (Hamilton = 6 en la sesión final y 4 en la sesión de seguimiento, BDI = 3 y 2, respectivamente).

En este caso, los datos de OQ-45 se recogieron no solo al comienzo y al final del estudio, sino también en cada sesión. En el siguiente gráfico (figura 5), vemos la evolución de la angustia general de Clara. El OQ-45 aumentó bruscamente después de la primera sesión (de 62 en la sesión 0 a 102 antes de la sesión 2) y luego descendió a niveles inferiores a los iniciales (50 antes de la sesión 4). Después de eso, una disminución gradual y constante en los

puntajes de angustia apareció después de la sesión 13 hasta la sesión 17 (desde 48 antes de la sesión 13 a 20 antes de la sesión 17).

En conjunto, la fluctuación de estos puntajes muestra puntos de inflexión durante la fase de terapia, indicando momentos psicoterapéuticos importantes que se explorarán en un futuro análisis cualitativo centrado en la comprensión de los mecanismos de cambio que explican la mejoría sintomática.

Figura 5.



## DISCUSIÓN

**Resultados del estudio.** Se confirmó la eficacia de la terapia Gestalt de varias maneras en este estudio: tal como se muestra en la tabla 5 a continuación, en casi todas las TC observamos el cambio pre y post; en casi todos los casos había claros indicadores de que el cambio era significativo clínicamente, y en casi todas las TCs, el cambio podía ser atribuido a la terapia. Los resultados estadísticamente confiables y significativos que se obtuvieron en nuestro estudio sugieren que la terapia Gestalt (TG) puede ser una alternativa viable a otros acercamientos efectivos, contradiciendo hallazgos previos sobre la ineficacia relativa de las terapias humanista-experienciales (HE) para esta población (Angus et al., 2015; Lambert, 2013).

Tabla 5. Resumen de los resultados

Paciente	¿Cambios pre post?	¿Clínicamente significativos?	¿Atribuible a la terapia?
1	Si, Grande	Si	Si(TC 1,2,3) y Discutible (TC 4)
2	Si, Pequeño	Discutible	Si
3	Si, Medio	Si	Si
4	Si, Grande	Si	Si (TC 2,3) y Discutible (TC 1)
5	Si, Grande	Si	Si
6	Si, Medio	Si	Si
7	Si, Grande (TC 1,3) y sin mejoría (TC 2)	Si	Si (TC 2,3) y Discutible (TC 1)
8	Si, Grande	Si	Si
9	Si, Grande	Si	Si
10	Si, Grande	Si	Si

No se hace fácil interpretar nuestros resultados dentro de las terapias HE, dado que este grupo de enfoques está lejos de ser homogéneo. A nivel teórico, el enfoque centrado en la persona no comparte el componente activo-directivo de la terapia Gestalt. La TG anima activamente a los clientes a afrontar sus miedos y los apoya a quedarse con su ansiedad para así descubrir sus esquemas emocionales disfuncionales. También utiliza el role-playing para ayudar a los clientes a resolver sus necesidades, mejorando sus mecanismos de afrontamiento y habilidades de vida. Afrontar los estímulos internos no deseados y temidos, facilita experiencias emocionales correctivas. El cliente en TG aprende que él/ella puede afrontar y sobrevivir a los estímulos temidos. A su vez esto previene las respuestas de evitación. En resumen, la TG integra elementos activos que no están presentes en el PCA y otras modalidades HE. Estos elementos incluyen la exposición, la prevención de evitación y entrenamiento en habilidades tal como se hace en la TCC.

Por otro lado, la Terapia focalizada en las emociones (TFE), el enfoque más validado empíricamente de las terapias HE, comparte el componente de la directiva activa con la TG y se desarrolló sobre la base de las intervenciones de la TG (Greenberg, 1983). A Diferencia del EFT, la TG enfatiza fuertemente el trabajo con la dinámica de la relación terapéutica en el aquí y ahora. La TG actual parece incluir elementos de la PCA de Rogers (valores humanistas) y de la TFE (intervenciones transformacionales activas) y específicamente agrega el encuentro dialógico aquí y ahora y los elementos holísticos (incluido el trabajo corporal). En resumen, los mecanismos de cambio similares propuestos por la teoría del procesamiento emocional, el modelo de aprendizaje inhibitorio y la terapia centrada

en la aceptación pueden usarse para explicar el proceso de cambio en GT (Foa y Kozak, 1986; Craske, Treanor, Conway, Zbozinek y Vervliet, 2014). Todos estos modelos convergen con el concepto de “experiencia emocional correctiva” y “proceso de reconsolidación de la memoria”, en donde la exposición y especialmente la activación emocional de los aprendizajes implícitos es un mecanismo clave de cambio (Ecker, Ticic y Hulley, 2012). Se necesita más investigación para comprender el papel y los usos terapéuticos de la exposición, especialmente las diferencias entre su comprensión en TCC y las teorías humanísticas. Esto arrojará algo de luz sobre la especificidad de la TG y sus indicaciones específicas para grupos de pacientes que podrían beneficiarse de la TG.

Aunque nuestros resultados se relacionan principalmente con la comparación de las dos fases, línea de base y seguimiento, consideramos la dinámica de los TC a lo largo de las tres fases del estudio. Con el análisis visual de prácticamente todos los TC, hay una mejora constante en el curso de la terapia: en algunos casos continua (2,3,6), en algunos casos irregular (4,5,7,8,10), y en algunos casos una mezcla de ambos tipos, para diferentes TC. La investigación adicional del proceso cualitativo y cuantitativo nos ayudará a comprender y diferenciar mejor estos mecanismos. En el transcurso del estudio, se recopiló una gran cantidad de datos cualitativos sobre la fase terapéutica, incluidos el diario del terapeuta y la grabación de audio / video de todas las sesiones. En el futuro, combinaremos los resultados cuantitativos con un análisis cualitativo de los datos obtenidos en nuestro estudio. Otra opción para futuros estudios sería recolectar datos de proceso con respecto a posibles mecanismos de cambio (por ejemplo, intervenciones para contactar sentimientos y

deseos previamente desconocidos) y realizar análisis de mediación. Todo esto permitirá clarificar y explicar los resultados, identificar los factores específicos del abordaje de GT a la ansiedad y fortalecer la validez interna y externa del estudio.

**Diseño del estudio.** A pesar de la popularidad reciente de los ensayos N-de-1 en atención médica (Mengersen et al., 2011; Punja et al., 2016), existen amenazas a su validez interna y externa que deben abordarse (Horner et al., 2005). Los errores de instrumentación y prueba se eliminaron mediante el uso de instrumentos confiables y bien probados. El sesgo de rendimiento y las amenazas de maduración se estudiaron en detalle trabajando en la tercera pregunta de investigación, excluyendo la remisión natural. Se espera que en el futuro se detecten otros factores no terapéuticos que afecten el resultado, utilizando un diario terapéutico. La amenaza más difícil para el control experimental es el sesgo de selección, ya que es posible que los clientes que se ofrecieron como voluntarios para formar parte del estudio compartan características especiales (por ejemplo, gran escrupulosidad) que deben tenerse en cuenta para interpretar los hallazgos correctamente. La amenaza de deserción también es relevante y hemos dado instrucciones a todos los terapeutas que participan en el estudio para que informen cuando tienen clientes que no completaron el tratamiento o que lo abandonaron temprano.

La validez externa de este estudio es alta, ya que los casos incluidos cubren un número significativo de síntomas de ansiedad y comorbilidades. El diseño de SCTS cumple con los requisitos en ambos tipos de validez externa: generalización a través de situaciones debido a la aplicabilidad directa de los resultados del estudio en situaciones de psicoterapia de la vida real, y generalización a través de las personas en la medida de la representación de todos los pacientes con un diagnóstico de ansiedad en general. El beneficio adicional de usar el diseño SCTS es la aproximación del proceso de terapia del mundo real, que está incluido en el alcance de la validez ecológica. La validez ecológica se presenta en nuestra investigación de forma natural, a diferencia del RCT, donde es difícil de lograr.

Nuestra estrategia de análisis de datos considera virtualmente todas las sugerencias de los estándares de calidad: el uso de análisis visual y estadístico; el control estadístico de la autocorrelación; el complementar los *target complaints* con instrumentos estandarizados de evaluación de resultados; el control de tendencias no relacionadas con la terapia; y metanálisis (Borckardt y Nash, 2014; Borckardt y otros, 2008; Kratochwill et al., 2013; Tate et al., 2013; Wendt y Miller, 2012). Sin embargo, el uso de Glass ' $\Delta$ ' para un meta análisis futuro tiene limitaciones, ya que su interpretación es obvia solo para datos distribuidos normalmente (por ejemplo, Caso 3) y proporciona valores

inadecuados cuando los valores de los TC de línea base muestran poca o ninguna variación. Además, el uso de SMA para controlar las tendencias no relacionadas con la terapia no fue del todo satisfactorio. La limitación de este software de <30 puntos de datos por fase significaba que la tendencia solo se controlaba para las fases de referencia y de seguimiento y no para la fase de terapia más larga, lo que podría generar distorsiones en los cálculos. En el futuro, tiene sentido usar el paquete R en lugar de SMA para responder a la tercera pregunta de investigación.

**Limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones.** Varias limitaciones de nuestro estudio y las implicaciones posteriores para futuras investigaciones deben mencionarse aquí: (1) Hubo clientes con diferentes tipos de trastornos de ansiedad en nuestra muestra. Aunque se corresponde con la situación real de la práctica diaria y, por lo tanto, con las intenciones de la investigación orientada por la práctica, una selección más diferenciada de la muestra permitiría una exploración más cercana de los mecanismos de cambio al usar TG con síntomas de ansiedad específicos. (2) Una escala de fidelidad de la TG, que ahora se está desarrollando con el esfuerzo compartido de la comunidad internacional de TG (Fogarty, Bhar, Theiler y O'Shea, 2016), aún no estaba disponible en el momento de nuestro estudio. La fidelidad al tratamiento se aseguró de otras maneras en nuestro estudio, pero para futuras investigaciones, la escala de fidelidad de la TG será la primera opción. (3) Los terapeutas eran estudiantes graduados de un instituto con pocos años de práctica clínica, lo que presenta una limitación para la validez externa de nuestro estudio. (4) La formulación correcta del TC en la "sesión 0" es de extrema importancia. Un ejemplo de las consecuencias negativas de un error es el TC2 del paciente 7 "No puedo tolerar el abuso en mi lugar de trabajo", que no mostró mejoría clínica, ya que uno podría cuestionar si esto era realmente un objetivo terapéutico ecológico. El empeoramiento de este TC podría significar que la paciente ya no soporta el abuso y se protege a sí misma, o podría significar que es menos capaz de tolerar el abuso y, por lo tanto, está más angustiada. Para aclarar estas y otras posibles interpretaciones, los terapeutas involucrados en tal estudio necesitarían más capacitación en esta habilidad específica de co-construir los TC. (5) Hubo datos incompletos sobre personas que consideraron ir a la terapia, pero no se ofrecieron como voluntarios para el estudio, lo que se relaciona con la selección antes mencionada y los sesgos de deserción.

Las implicaciones para futuros proyectos de investigación incluyen dos estrategias principales: ampliar el proyecto e incluir los hallazgos de investigación cualitativa y de proceso en un diseño de investigación más complejo. El proyecto se puede ampliar de varias maneras: (1) Se deben incluir terapeutas con diferente nivel de experiencia profesional. (2) Aprovechando la ventaja de la red de investigación GT ya establecida, se pueden incluir casos obtenidos por este método de

diferentes países, lo que ampliaría y enriquecería el meta-análisis. (3) Se pueden usar varias opciones de diseño e instrumentos alternativos mientras se mantiene el diseño básico de SCTS, p. ej. reemplazando OQ-45 con CORE-OM. (4) El diseño de SCTS se puede usar para el trabajo de GT con otros diagnósticos, p. ej. para la depresión (5) El seguimiento constante de TC por parte del cliente se puede explorar como una intervención que promueve el darse cuenta del paciente.

El SCTS puede ser útil no solo para la investigación de resultados. En este documento, nos centramos en los resultados de eficacia y los métodos cuantitativos. Sin embargo, como se muestra brevemente en nuestro análisis detallado de casos, el SCTS proporciona información detallada y continua sobre el proceso de cambio. Llevar a cabo un análisis cualitativo y especialmente explorar los mecanismos de cambio puede complementar los resultados. El análisis de las sesiones grabadas en vídeo y las entrevistas de seguimiento de los clientes nos permitiría comparar las mejores y las peores sesiones, los hitos y puntos de inflexión durante la psicoterapia explorar cómo ocurrió el cambio (especialmente con respecto a los síntomas de ansiedad) en estos casos. La observación cualitativa nos permitiría identificar procesos específicos de cambio e intervenciones de la TG relacionadas en los diferentes casos y compararlos con los enfoques de la TCC y HE. Recopilar datos de casos sin éxito puede ayudar a identificar los límites de la TG cuando se trabaja con ansiedad. Además, también hay implicaciones para la práctica de la psicoterapia, ya que el SCTS puede ser útil para implementar sistemas de retroalimentación que informan el proceso, así como puede ser una fuente de aprendizaje y una herramienta de supervisión útil para terapeutas novatos.

Las consecuencias prácticas de este estudio no sólo consistieron en sugerir otro tipo de enfoque de psicoterapia eficaz para clientes con problemas de ansiedad, sino también en la posibilidad de utilizar el diseño de investigación propuesto para estudios de eficacia de la psicoterapia en entornos de práctica privada con diferentes grupos de pacientes. Los diseños SCTS se pueden utilizar como una valiosa alternativa a los ECA, especialmente en estudios de resultados naturalistas con claras ventajas para el estudio de los procesos de cambio terapéutico en las redes de investigación basadas en la práctica.

### Agradecimiento

A nuestros colegas Jörg Bergmann, Otto Glänzer, Stefan Pflieger, Vincent Beja y Tomas Rihacek por su ayuda en diferentes fases de este estudio.

## REFERENCIAS

American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330–347. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>
- Battle, C. C., Imber, S. D., & Hoehn-Saric, R. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 184–192.
- Beck, A. T. (1978). *Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Harcourt Brace Jovanovich
- Beretvas, S. N., & Chung, H. (2008). A review of meta-analyses of single-subject experimental designs: Methodological issues and practice. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 2, 129–141. <http://dx.doi.org/10.1080/17489530802446302>
- Borckardt, J. J., & Nash, M. R. (2014). Simulation modelling analysis for small sets of single-subject data collected over time. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3–4), 492–506. <http://doi.org/10.1080/09602011.2014.895390>
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: a guide to case-based time-series analysis. *The American Psychologist*, 63(2), 77–95. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.63.2.77>
- Campbell, J. M. (2003). Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: A quantitative synthesis of single-subject research. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 120–138.
- Carey, T. A., & Stiles, W. B. (2015). Some Problems with Randomized Controlled Trials and Some Viable Alternatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 87–95. <http://doi.org/10.1002/cpp.1942>
- Ceballos, D. (2014). Trastorno De Ansiedad Generalizada. *Figura Fondo*, 36: 1–13.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... Woody, S. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Deane, F. P., Spicer, J., & Todd, D. M. (2016). Validity of a Simplified Target Complaints Measure. *Assessment*, 4(2), 119–130. <http://doi.org/10.1177/10731919700400202>
- Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2012). *Unlocking the Emotional Brain*. London: Routledge.
- Elliott, R. (2003) *CSEP-II Experiential Therapy Session Form*. Toledo, OH: University of Toledo Department of Psychology.
- Elliott, R. (2013). Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(1), 16–32. <http://doi.org/10.1080/14779757.2013.767750>
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on Humanistic- Experiential Psychotherapies. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 495–538). New York: John Wiley & Sons.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
- Fogarty, M., Bhar, S., Theiler, S., & O'Shea, L. (2016) What do Gestalt therapists do in the clinic? The expert consensus. *British Gestalt Journal*, 25, 1, 32–41.

- Folke, F., Hursti, T., Tungström, S., Söderberg, P., Kanter, J. W., Kuutmann, K., ... Ekselius, L. (2015). Behavioral activation in acute inpatient psychiatry: a multiple baseline evaluation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 170–181. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.10.006>
- Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (Eds.). (2013). *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact*. Milan: FrancoAngeli.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal of Medical Psychology* 32: 50-55.
- Greenberg, L. S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in Gestalt intervention. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 20(2), 190–201.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55.
- Hague, B., Scott, S. & Kellett, S. (2015) Transdiagnostic CBT Treatment of Co-morbid Anxiety and Depression in an Older Adult: Single Case Experimental Design. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(01), 119-124
- Herrera, P. (2016). *The construction of a gestalt-coherent outcome measure*. In J. Roubal, P. Brownell, G. Francesetti, J. Melnick, & J. Zaleskov-Djoric (Eds.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy*, pp. 1–368. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Hollon, S. D., & Beck, A. (2013). Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, pp. 393–442. New York: John Wiley & Sons.
- Horner, R. H., Carr, E. G., Halle, J., McGee, G., Odom, S., & Wolery, M. (2005). The use of single-subject research to identify evidence-based practice in special education. *Exceptional Children*, 71(2), 165–179.
- Kratochwill, T. R., & Levin, J. R. (2010). Enhancing the scientific credibility of single-case intervention research: Randomization to the rescue. *Psychological Methods*, 15(2), 124–144. <http://doi.org/10.1037/a0017736>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34, 26–38.
- Lambert, M. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons.
- Lambert, M.; Burlingame, G.; Umphress, V.; Hansen, N.; Verneersch, D.; Clouse, G. (1996) The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 106-116.
- Manolov, R., & Solanas, A. (2008). Comparing N = 1 effect sizes in presence of autocorrelation. *Behavior Modification*, 32, 860–875. doi:10.1177/0145445508318866.
- Manolov, R., Guilera, G. & Sierra, V. (2014) Weighting strategies in the meta-analysis of single-case studies. *Behavior Research Methods*, 46: 1152. <https://doi.org/10.3758/s13428-013-0440-0>
- Mengersen K., McGree J.M., Schmid C.H. (2015) *Systematic Review and Meta-analysis Using N-of-1 Trials*. In: Nikles J., Mitchell G. (Eds.) *The Essential Guide to N-of-1 Trials in Health*. Springer, Dordrecht. <https://doi.org/10.1007/978-94>
- Olive, M. L., & Smith, B. W. (2005). Effect size calculations and single subject designs. *Educational Psychology*, 25(2-3), 313–324. <http://doi.org/10.1080/0144341042000301238>
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. New York: Bantam Books.
- Punja, S., Bukutu, C., Shamseer, L., Sampson, M., Hartling, L., Urichuk, L., & Vohra, S. (2016) N-of-1 trials are a tapestry of heterogeneity. *Journal of Clinical Epidemiology* 76: 47-56.
- Robine, J.M. (2013). Anxiety Within the Situation: Disturbances of Gestalt Construction. In Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (Eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice*. From *Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, pp. 479-495. Milano: FrancoAngeli.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2013). *What Works for Whom?*, Second Edition. New York: Guilford Press.
- Roubal, J., Gecele, M., Francesetti, G. (2013). Gestalt Therapy Approach to Diagnosis. In Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (Eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice*. From *Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, pp. 79-106. Milano: FrancoAngeli.
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(3), 238–249. <http://doi.org/10.1037/ccp000166>
- Sheehan, DV., Lecrubier, Y. (2010). *The mini international neuropsychiatric interview version 6.0 (MINI 6.0)* Medical Outcomes System Inc.: Jacksonville, FL..
- Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 27(1), 1–13. <http://doi.org/10.1080/10503307.2015.1076202>
- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17(4), 510–550. <http://doi.org/10.1037/a0029312>
- Smith, J. D., Borckardt, J. J., & Nash, M. R. (2012). Inferential Precision in Single-Case Time-Series Data Streams: How Well Does the EM Procedure Perform When Missing Observations Occur in Autocorrelated Data? *Behavior Therapy*, 43(3), 679–685.
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Wakim, D., Godbee, K., Togher, L., & McDonald, S. (2013). Revision of a method quality rating scale for single-case experimental designs and n-of-1 trials: The 15-item Risk of Bias in N-of-1 Trials (RoBiNT) Scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 619–638. <http://doi.org/10.1080/09602011.2013.824383>
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E. & Greenberg, L. (2017). Emotion-Focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54:3 (in press).
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schultess, P., Von Wyl, A., & Weber, R. (2010). Fundamental reflections on Psychotherapy research and Initial results of the naturalistic Psychotherapy Study on outpatient treatment in Switzerland (PaP-S). *International Journal of Psychotherapy*, 14(3), 23–35.
- von Bergen, A., & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación [OQ-45.2, an outcome questionnaire for monitoring change in psychotherapy: adaptation, validation and indications for its application and interpretation]. *Terapia Psicológica*, 20(2), 162-176
- Watson, J. & Greenberg, L. (2017) *Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety*. Washington: APA Books.
- Wendt, O., & Miller, B. (2012). Quality Appraisal of Single-Subject Experimental Designs: An Overview and Comparison of Different Appraisal Tools. *Education and Treatment of Children*, 35(2), 235–268.
- Whalon, K.J., Conroy, M.A., Martinez, J.R. & Werch, B. J. (2015). School-Based Peer-Related Social Competence Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis and Descriptive Review of Single Case Research Design Studies. *J Autism Dev Disord*. 45: 1513. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2373-1>