



Intervención psicológica en la obesidad: un estudio comparativo entre el enfoque cognitivo conductual y el enfoque humanista.

Trabajo de Final de Grado: Diseño de Intervención en Psicología Clínica i de la Salud

Nombre Estudiante: Patricio Molina Vierge
Plan de estudios: Grado de Psicología

Nombre Consultor: Josep Rodríguez Roca

Data Entrega: 22/12/2014



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO DE PSICOLOGÍA

Título del trabajo:	Intervención psicológica en la obesidad: un estudio comparativo entre el enfoque cognitivo conductual y el enfoque humanista.
Nombre del autor:	<i>Patricio Molina Vierge</i>
Nombre del consultor:	<i>Josep Rodríguez Roca</i>
Data de entrega (mm/aaaa):	<i>12/2014</i>
Ámbito del Trabajo Final:	<i>Psicología Clínica i de la Salud: Tratamiento (terapia)</i>
Titulación:	<i>Grado en Psicología</i>
Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras):	
<p>En este estudio se compara la intervención psicológica por excelencia en casos de obesidad y sobrepeso, la intervención cognitivoconductual, con la intervención humanista. Mediante el seguimiento de tres grupos de investigación a los que se prescriben restricciones propias de una dieta hipocalórica, uno sometido a terapia humanista individual, otro sometido a terapia cognitivoconductual grupal y un tercero sometido a una formación nutricional (grupo de cuasicontrol), este estudio pretende determinar si un enfoque humanista y la atención pormenorizada a la idiosincrasia del cliente marcan la diferencia en el tratamiento de la obesidad y/o el sobrepeso.</p>	

Palabras clave (entre 4 i 8):
Obesidad, Sobrepeso, Humanismo, Comparativa
Key words (in English, 4 - 8 words):
Obesity, Overweight, Humanism, Comparative

Índex

0. Introducción	
1. Contexto i justificación	5
2 Revisión teòrica	7
3 Problema.....	10
4 Preguntas, objetivos y/o hipótesis.....	11
5 Propósito de la intervención.....	11
6. Método	12
6.1 Diseño de la intervención.....	12
6.2 Participantes	13
6.3 Instrumentos	16
6.4 Procedimiento	16
7. Resultados	19
8. Conclusiones	21
9. Discusión	23
10. Referencias bibliográficas.....	25
11. Anexos	27

Lista de figuras

Figura	Pág
Figura 1 <i>Tendencias de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos. Datos y proyecciones obtenidos de la OECD</i>	7
Figura 2. <i>Prevalencia de obesidad en la población española por grupos de edad y sexo, obtenida del consenso SEEDO (2007)</i>	9
Figura 3. <i>Salario anual en 2011 en España por puestos de trabajo</i>	16

Intervención psicológica en la obesidad: un estudio comparativo entre el enfoque cognitivo conductual y el enfoque humanista.

Introducción

Quisiera comenzar este documento confesando que mi experiencia profesional en el tratamiento de la obesidad (o cualquier otro problema desde un punto de vista psicológico) es escasa. Por el contrario, mi experiencia desde el otro lado del tratamiento es considerable.

Hace más de veinte años que vengo siguiendo tratamientos que pretenden combatir o paliar mi obesidad (en tanto que la obesidad mórbida se considera una enfermedad crónica), todos ellos con escaso éxito. He asistido a terapia de grupo, he seguido múltiples dietas (hiperproteicas, hipocalóricas pero equilibradas, líquidas, ...), he recibido terapia individual, he probado por mi cuenta con técnicas de relajación y nada me ha facilitado una solución duradera.

Tras mucho reflexionar al respecto, he comprendido que siempre he tenido la percepción que los tratamientos que se me aplicaban no eran para mí. Siempre tuve la sensación que se me aplicaba un protocolo, una dieta o una terapia diseñada para otra persona, que era incapaz de amoldarse a mi particular idiosincrasia y que, por tanto, debía ser yo el que se amoldara a ella. Y solo funcionaban mientras fuera capaz de mantener la impostura.

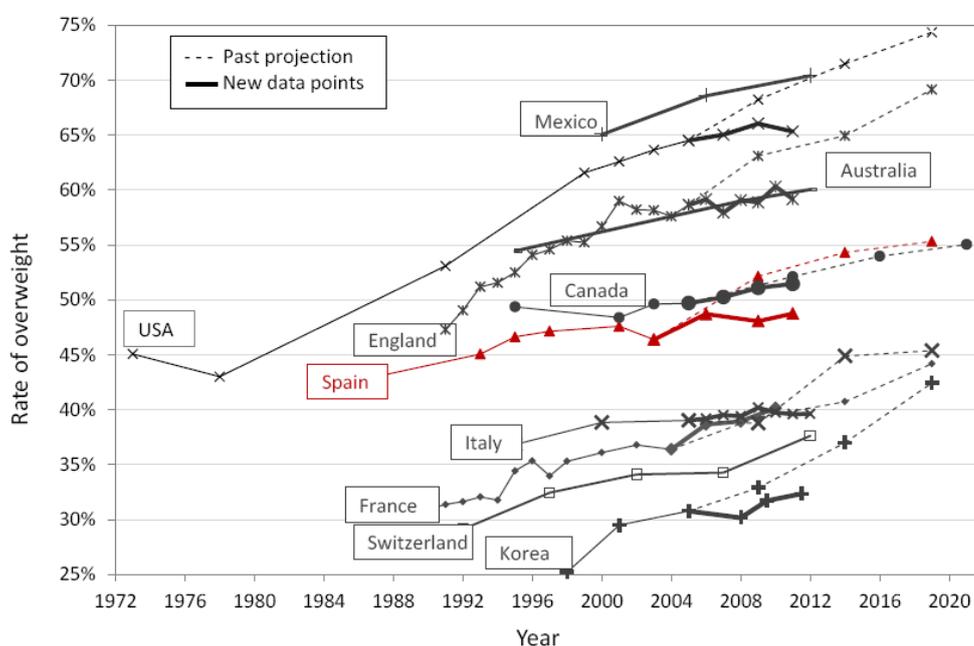
Por otra parte, recientemente he redescubierto la terapia humanista, así como su convencimiento de que el cliente tiene en su interior todas las respuestas que necesita y de que solo debe integrar sus emociones con sus pensamientos para lograr sus objetivos, mediante la introspección guiada por el terapeuta. Con mis antecedentes, no puedo evitar pensar que es filosofía de aprender desde la propia naturaleza y no desde el conocimiento exterior (tan propia de la cultura oriental) podría ser de ayuda en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. Y eso, más que cualquier otra cosa, es lo que ha motivado que proponga este estudio.

1. Contexto y justificación

La obesidad ha sido definida por la OMS como la epidemia del siglo XXI. Según las estadísticas sanitarias mundiales publicadas por esta organización, se estima que mueren al año aproximadamente tres millones de personas debido a causas relacionadas con la obesidad o el sobrepeso ¹. En tanto que la prevalencia mundial de la obesidad se duplicó entre los años 1980 y 2008, la tendencia apunta a que la cifra de muertes vinculadas a la obesidad y el sobrepeso aumente progresivamente en los próximos años. En España, según

datos de la OECD, en 2012 uno de cada seis adultos podía considerarse obeso y más de la mitad de españoles adultos estaban afectados de sobrepeso ². La AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, ya desaparecida, en tanto que pasó a denominarse AECOSAN – Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición – tras su fusión con el INC – Instituto nacional de consumo –) cifró en el año 2007 en 5000 millones de euros el coste sanitario derivado de la obesidad y el sobrepeso (equivalente a un 7% del gasto sanitario anual). Por otra parte, según recientes estimaciones, en España un 31,6% de las muertes acaecidas en 2006 en varones y un 28% en mujeres, pueden atribuirse a causas para las que la obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo, mientras que el 15,8% y 14,8% (respectivamente) serían directamente atribuibles a la obesidad ³.

Figura 1. Tendencias de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos. Datos y proyecciones obtenidos de la OECD



Dicho esto, parece evidente que el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso es un tema de candente actualidad y vital importancia. En tanto que la obesidad es un trastorno complejo, en el que influyen variables de tipo biológico, psicológico y sociocultural ⁴, lo que sugiere la conveniencia de realizar un abordaje multidisciplinar. A pesar de que las prescripciones dietéticas son el tratamiento estándar en España, existe todo un arsenal de intervenciones posibles en casos de sobrepeso y obesidad ⁵. Dentro de este elenco de técnicas, principalmente podemos hallar tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y psicológicos. El presente trabajo se centrará en estos últimos.

La guía clínica ⁶ para la identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, elaborada conjuntamente por el NHLBI (National Obesity Education Initiative of the National Heart, Lung, and Blood Institute) y el NIDDK (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases) estadounidenses, establece que la intervención psicológica incrementa la efectividad de las prescripciones dietéticas (especialmente a corto plazo),

indicada para todos los casos (a diferencia de otras, como la cirugía bariátrica o las intervenciones farmacológicas). En tanto que la prescripción dietética, como ya se ha comentado, es la intervención estándar en España para casos de sobrepeso y obesidad, parece necesario ahondar en las posibilidades que nuestra disciplina ofrece para combatir esta grave amenaza para la salud de nuestros conciudadanos.

Puesto que la intervención psicológica abarca un gran espectro de modalidades, el presente trabajo se ha propuesto contemplar la posibilidad de que la intervención canónica de nuestra disciplina actualmente pudiera no ser la más efectiva. Partiendo de una concepción de la Psicología basada en el paradigma humanista, me resulta inevitable preguntarme hasta qué punto este planteamiento pudiera ser de utilidad en la problemática de la que estamos hablando.

2. Revisión teórica

Como puede fácilmente intuirse a raíz del apartado anterior, este trabajo nace de las alarmantes advertencias de organismos internacionales (como la OMS) y gubernamentales (como la AECOSAN o el Observatorio de la nutrición y el estudio de la obesidad, ambas dependientes del Ministerio de Sanidad español). Así, contrariamente a lo acostumbrado en los documentos clínicos (normalmente inspirados en bibliografía de tipo clínico o en observaciones realizadas en el contexto de la práctica clínica), el presente documento debe su existencia a la creciente (y preocupante) relevancia del problema a nivel social.

Figura 2. Prevalencia de obesidad en la población española por grupos de edad y sexo, obtenida del consenso SEEDO (2007) ⁸

Población infanto-juvenil^a			
Grupos de edad (años)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
2-9	16,3	11,6	14,0
10-17	18,5	9,1	13,9
18-24	12,6	14,9	13,7
Población adulta^b			
Grupos de edad (años)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
25-34	7,1	4,8	5,9
35-44	11,7	12,2	12,0
45-54	16,9	26,4	22,0
55-64	21,5	34,2	28,5
Población mayor de 65 años^c			
Grupos de edad	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Ancianos no institucionalizados ¹	31,5	40,8	36
Ancianos institucionalizados ²	20,5	21,7	21

En cuanto al protocolo de intervención psicológica actual sobre la obesidad en España, nos remitiremos al consenso SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) de 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica ⁸. Dicho

consenso comprende la intervención conductual complementaria al tratamiento dietético, tratamiento psicológico de consecuencias conductuales de la adscripción a éste (como la irritabilidad), el tratamiento psicológico de trastornos alimenticios, como el trastorno por atracón y la evaluación psicológica de los candidatos a cirugía bariátrica.

Por otra parte, sí se prescribe en el consenso SEEDO la prevención como importante vía para combatir la obesidad y el sobrepeso, haciéndose eco de la estrategia NAOS⁹ (estrategia para la Nutrición, Actividad física y control de la Obesidad), desarrollada por el gobierno de España en 2005. La mencionada estrategia apuesta por la educación y promoción del estilo de vida saludable como principal vía para invertir la tendencia ascendente de la obesidad y sobrepeso en España. Esto implica de manera natural centrarse en el colectivo infantil como target principal de las intervenciones de prevención, como atestigua el Estudio Aladino¹⁰ sobre la prevalencia de la obesidad infantil en España, realizado en 2011.

Dicho esto y a pesar de que la prevención y promoción de una forma de vida saludable forma parte de la psicología clínica, lo cierto es que el presente trabajo se centrará únicamente en las intervenciones destinadas a personas ya afectadas de obesidad o sobrepeso. Lamentablemente deberá limitarse a ese campo, porque no parece factible incluir en un diseño cuasiexperimental simultáneamente procedimientos de prevención y de intervención en la obesidad y sobrepeso. Del mismo modo, entendiendo que los esfuerzos por combatir la obesidad en la población infantil se centran en la prevención (como se comenta en el párrafo anterior), el presente documento se centrará en la población adulta.

Llegados a este punto, para exponer los tratamientos psicológicos más estudiados hasta el momento en relación a la obesidad y centrándonos en la efectividad de la intervención psicológica sobre pacientes obesos o con sobrepeso (sea aplicados en combinación con una dieta restrictiva o no), con el objetivo de reducir su peso corporal, recurriremos a la revisión bibliográfica de 2008 de Shaw, O'Rourke, Del Mar y Kenardy¹¹.

Como cabía esperar (y como también revela un rápido vistazo a cualquier base de datos bibliográfica de Psicología), las técnicas cognitivo conductuales son las más comunes en estudios de control de la obesidad. En la citada revisión se establecen once comparativas diferentes en relación a 36 ensayos clínicos en los que se aplica una técnica psicológica y se compara con un tratamiento alternativo, con un periodo de seguimiento de, al menos, tres meses. La comparativa se establece en relación a la cantidad de peso perdida, medida en cualquier método, pero que aquí se expresará en Kilogramos. Se establecen las siguientes comparativas:

- Terapia conductual versus ausencia de control de tratamiento. La mediana de la duración fue de doce semanas y el rango de peso perdido osciló entre 0,6 y 5,5 Kg en las intervenciones conductuales, mientras que la variación de peso osciló entre la pérdida de 2,8 Kg y la ganancia de 1,8 Kg en ausencia de tratamiento.

- Terapia conductual con régimen dietético / ejercicio versus régimen dietético / ejercicio. La media de cambio de peso era una pérdida de 10Kg con terapia conductual y una ganancia de 0,5 sin terapia conductual. Ninguno de los estudios tenía una duración superior a doce meses.
- Terapia conductual más intensiva versus menos intensiva. Se trabajó con estudios de duración inferior a doce meses. Y, de media, los participantes en la intervención intensiva experimentaron una disminución de 3,3Kg, superior a los 1,4 Kg perdidos por los participantes de la menos intensiva.
- Terapia cognitivoconductual con régimen dietético / ejercicio versus régimen dietético / ejercicio. Mientras que los clientes de terapia perdieron 7,3 Kg, el resto perdió una media de 2,4.
- Terapia cognitivoconductual versus placebo. En seis meses, el grupo del placebo aumentó una media de 4,1Kg, mientras que el de terapia perdió 0,6Kg.
- Terapia cognitivoconductual versus terapia conductual. En seis meses, el grupo cognitivoconductual perdió una media de 7Kg y el conductual perdió una media de 4,5 Kg.
- Terapia cognitivoconductual con régimen dietético / ejercicio versus terapia cognitivoconductual, A los tres meses, el primer grupo perdió una media de 1,9 Kg, mientras que el segundo ganó una media de 0,5 Kg.
- Terapia cognitiva versus placebo. Ambos grupos aumentaron, de media, su peso. El de terapia cognitiva aumentó 1,35 Kg, mientras que el grupo placebo aumentó 0,6 Kg.
- Terapia cognitiva versus terapia conductual. En uno de los tres estudios considerados, el grupo de terapia cognitiva perdió 0,8 Kg de media, mientras que el de la terapia conductual 5,5 Kg. En los otros dos estudios, también perdió más peso el grupo conductual.
- Tratamiento de relajación versus placebo. En cinco meses, el grupo de relajación perdió 2,1 Kg de media, mientras que el grupo placebo 0,2 Kg
- Hipnoterapia versus placebo. En seis meses el grupo de hipnoterapia perdió 7,9 Kg, mientras que el grupo placebo 0,2.

La obesidad tiene una etiología muy compleja¹² y, en mi opinión, los resultados reflejados unas líneas más arriba no son sino una constatación de este hecho. Así, más que interpretar que la enorme variación entre diferentes estudios con una duración similar y aplicando el mismo tipo de terapia se deben a las técnicas específicas empleadas, me inclino a pensar que se debe a la

heterogeneidad de las causas del sobrepeso y la obesidad en las diferentes muestras. Por supuesto, en todos los estudios tampoco se incidió sobre las mismas variables.

En cualquier caso, una impresión que sí se desprende de esta revisión es que, en general, los tratamientos psicológicos, sin importar su enfoque, acostumbra a resultar útiles en la pérdida de peso (salvo excepciones, algunas de las cuales presentes unas líneas más arriba, son significativamente más efectivas ante la pérdida de peso que el placebo). Podemos encontrar otros ejemplos a tal efecto en estudios presentes en la literatura científica, centrados en comprobar la eficacia de los tratamientos psicológicos en la pérdida de peso, como en Martínez et al (2009)¹³, que también reconocen la efectividad de las técnicas psicológicas para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso.

La idea de que la terapia psicológica, por sí misma, es efectiva en el trabajo contra la obesidad es clave en este estudio, que considera el tratamiento psicológico como primario y la intervención dietética (la dieta restrictiva) y la formación nutricional básica como un complemento esencial para la terapia. Y no al revés. Como se hace evidente a medida que se avanza en la lectura de este documento, sin esta concepción de la terapia psicológica como tratamiento principal de sobrepeso y obesidad, el estudio carece de sentido.

3. Problema

Dada la creciente gravedad de la situación y del perennemente ascendente porcentaje de prevalencia de la obesidad en la sociedad, el presente documento pretende evaluar una posible alternativa a las intervenciones prescritas en la intervención psicológica, mediante un estudio relacionado con una intervención alternativa que se adecúe de un modo más flexible a la dispar naturaleza de las personas afectadas de sobrepeso y obesidad.

Como se comenta en el apartado anterior, los resultados obtenidos por las diferentes terapias canónicas son muy dispares y creo que ello puede deberse al uso de intervenciones estandarizadas en un colectivo extraordinariamente heterogéneo. Existen dos soluciones evidentes al problema.

En primer lugar puede optarse por estratificar las muestras, atendiendo a variables como el grado de obesidad, el estatus socioeconómico o las comorbilidades. Pero porqué detenerse ahí, lo cierto es que sabemos que existen factores genéticos y culturales¹² (solo por citar algunos) que también pudieran tenerse en cuenta a la hora de establecer los diferentes grupos muestrales.

Por ello, yo abogo por la segunda opción, que consiste en ofrecer terapia personalizada a cada uno de los pacientes. Por supuesto, esta opción plantea serios problemas metodológicos, que probablemente afectarán a la validez interna y externa del estudio. Por ello, debe recurrirse a una vía de intervención consolidada con un marco teórico desarrollado y que conciba cada intervención

psicológica como un proceso único a la medida del cliente. En este punto, es imposible no pensar en Rogers¹⁴.

Creo firmemente que la psicoterapia humanista ofrece una poderosa vía de intervención al campo de la Psicología Clínica y que puede ser de especial utilidad en casos como el de la intervención en la obesidad y el sobrepeso, en tanto que su metodología permite una superior adaptación a la heterogénea etiología de la problemática del cliente. Soy también consciente de que, debido a la naturaleza personalizada de esta intervención y a la poca bibliografía disponible en cuanto a la intervención de corte humanista sobre la obesidad, este estudio no puede ser sino una punta de lanza, ya que sus resultados requerirán superiores de esfuerzos para ser corroborados que otros similares, asociados a intervenciones más estandarizadas.

4. Preguntas y objetivos

Teniendo presente lo comentado en el apartado anterior, podemos establecer que los siguientes apartados de este escrito tratarán de dar respuesta a dos preguntas fundamentales, como son: ¿Es efectiva la intervención de corte humanista del sobrepeso y la obesidad? y ¿En mayor o menor medida que las técnicas de intervención psicológica convencionales?

La hipótesis subyacente a estas preguntas es que una intervención que contemple la subjetividad personal del paciente (a partir de ahora, cliente, por respetar la terminología de Rogers) y su realidad emocional, podrá proporcionar mejores resultados que otras más estandarizadas, atendiendo a la compleja etiología multifactorial de la obesidad y el sobrepeso.

5. Propósito de la investigación

Para dar respuesta a las preguntas planteadas en el apartado anterior, el presente trabajo se propone realizar un estudio en el que se compare la intervención cognitivo conductual con la intervención humanista y un grupo de cuasicontrol en el que se llevará a cabo una formación nutricional. La elección de la intervención cognitivo conductual como referente obedece a que se considera de probada eficacia y es el tratamiento psicológico canónico para la obesidad y el sobrepeso. En tanto que del estudio de Shaw, O'Rourke, Del Mar y Kenardy¹¹ se desprende que la efectividad de la intervención psicológica se incrementa si se aplica conjuntamente a una dieta restrictiva y que la intervención canónica de la obesidad desde el modelo biosanitario y en términos generales es la dieta hipocalórica (considerándose normalmente la intervención psicológica un tratamiento complementario)⁸, todos los grupos recibirán también prescripciones dietéticas personalizadas acorde a su grado de obesidad o sobrepeso.

La idea de que el tratamiento psicológico posee una mayor importancia con respecto a la pérdida de peso que el meramente dietético (entendiendo la dieta poco adaptativa una consecuencia de un problema a nivel psicológico) subyace a todo el planteamiento del estudio, pero no es el objetivo de este estudio demostrarlo. Este estudio solo pretende comprobar si la terapia humanista es más efectiva que el tratamiento cognitivoconductual o la ausencia de tratamiento psicológico.

Hipótesis:

Desde un planteamiento humanista, este estudio parte de la premisa de que el principal factor que ocasiona y condiciona el mantenimiento de la obesidad es el conflicto emocional no integrado. Desde este enfoque, se espera que una terapia personalizada, que preste atención al componente emocional y humano de los pacientes, sea más efectiva que la terapia cognitivoconductual y la prescripción/formación dietética, que son las intervenciones canónicas en nuestro país. Desde un punto de vista psicológico, no podemos evitar pensar en la intervención de formación nutricional como un placebo, entendiendo éste grupo como grupo de cuasicontrol, de ahí que a los participantes de los otros dos grupos se les prescriba una dieta y que reciban también formación nutricional básica (si bien, obviamente en mucho menor medida).

Objetivos

A pesar de que la hipótesis lleva implícito un seguimiento (y, probablemente, también un tratamiento) prolongado, el hecho de que se trate de un estudio exploratorio hace que los objetivos sean modestos. El objetivo principal es comprobar si, concluidos los seis meses de que consta el estudio, el tratamiento humanista es significativamente más efectivo que el tratamiento cognitivoconductual y la formación nutricional. Para comprobarlo, se compararán las medias de pérdida de peso (peso final - peso inicial) de los tres grupos.

6. Método

6.1 Diseño de la intervención

Éste será un estudio cuasiexperimental exploratorio pre post con grupo de cuasicontrol.

Se asignará a todos los participantes a uno de los tres grupos aleatoriamente, cada uno de los cuales recibirá una dieta restrictiva, personalizada en función de su índice de masa corporal y se les asignará una hora semanal de terapia (los grupos humanista y cognitivo conductual) o una hora semanal de seguimiento nutricional (el grupo control, haciendo este seguimiento las veces de placebo). A pesar de que las dietas personalizadas pudieran introducir una

variable contaminante en el estudio, lo cierto es que una dieta estándar única también lo haría, en tanto que la muestra no se ha dividido por índice de masa corporal y la misma dieta tendría efectos diferentes en personas con diferentes necesidades energéticas (que, obviamente, dependen en gran medida de la masa corporal). Así, lo que a primera vista parece una fuente de contaminación, ha sido implementado así para intentar compensar la heterogeneidad de los integrantes de la muestra.

Los participantes llevarán a cabo autorregistros de control de peso semanales, siempre a primera hora del lunes y en ayunas. El primer y último día del estudio todos los participantes serán pesados en el centro de atención a primera hora y en ayunas, para determinar la pérdida de peso total tras la intervención. Se espera que se reduzca el peso de los participantes en todos los grupos, siendo la disminución más moderada la del grupo de control y la más acusada la del grupo que se beneficia de la terapia humanista. Un año después de concluir el estudio, los participantes acudirán de nuevo a pesarse, con las mismas instrucciones (a primera hora y en ayunas), con tal de realizar un seguimiento.

6.2 Participantes

Para este estudio se seleccionará una muestra de 150 personas. Por razones económicas y teniendo en mente que se trata de un estudio exploratorio, se planteará a un hospital de Barcelona derivar a nuestra unidad de atención (deseablemente ubicada en un espacio cedido por la administración en el mismo hospital) a aquellos pacientes diagnosticados de obesidad o sobrepeso que soliciten tratamiento. En este sentido sería ideal llevar a cabo el estudio en un hospital universitario. Se descartará a aquellos pacientes que estén recibiendo actualmente algún tratamiento y aquellos que hayan sido intervenidos (o estén a la espera de ser intervenidos) de cirugía bariátrica. Se contactará con los participantes por vía telefónica. En este punto cabe estar alerta ante una posible amenaza, debido a que las características del grupo de población obesa que busca tratamiento varía con respecto a aquellos que no lo hacen¹⁵

Es interesante comentar que el hecho de que no se admitan en el estudio participantes que actualmente estén siguiendo algún proceso destinado a combatir la obesidad o el sobrepeso obedece a una doble cuestión, como ocurre con la decisión de aplicar una dieta restrictiva a los tres grupos experimentales. No admitir en el estudio clientes que actualmente sigan otras intervenciones permite no incorporar una posible variable contaminadora, pero también obedece al impedimento ético de interferir en la intervención de otro profesional (recogido en el código deontológico). Por su parte, el hecho de que los tres grupos experimentales reciban algún tipo de tratamiento considerado como efectivo (la dieta restrictiva), garantiza un potencial beneficio para todos los participantes, sin comportar riesgo alguno para el estudio.

También por economía de recursos, combinado con la dificultad de configurar una muestra estratificada, con estratos de tamaños equilibrados en base a

una muestra aleatoria obtenida de la base de datos de un único hospital, no se realizan subgrupos en función del grado de obesidad o sobrepeso del participante. Somos conscientes, incluso a nivel intuitivo, de que el grado de sobrepeso/obesidad es necesariamente una variable relevante para la intervención psicológica y expectativas de resultados (máxime siendo el criterio de mejora la disminución neta en Kilogramos obtenida y no un criterio porcentual). Para tenerlo en cuenta, también se calculará el índice de masa corporal inicial y final de los participantes.

A pesar de que, como ya se ha dicho, las causas de la obesidad y el sobrepeso son muy diversas, existen estudios que correlacionan el exceso de peso con una baja condición socioeconómica y bajo nivel de estudios¹⁶, de manera que se trata de variables a tener en cuenta. Para ello, durante la toma de contacto telefónica, se asignará a los participantes, en función de sus ingresos, a una categoría socioeconómica concreta entre: nivel socioeconómico alto, nivel socioeconómico medio y nivel socioeconómico bajo. Del mismo modo, se han definido los niveles de estudios alto, medio y bajo.

Se establecerá que los participantes poseen un nivel de estudios alto si poseen titulación de graduado universitario o superior, nivel medio si poseen una titulación de Bachillerato, un grado formativo medio o superior o una titulación equivalente y un nivel de estudios bajo si la titulación académica del participante no satisface los mínimos de las categorías anterior

Al construir las categorías socioeconómicas se ha establecido que, para ser englobados en ellas, los participantes deben cumplir una serie de requisitos relativos a la dimensión económica de los participantes. Somos conscientes de que el nivel socioeconómico no solo depende de los ingresos, sino también de la formación y puesto de trabajo desempeñado, pero teniendo en cuenta que el nivel de estudios se tiene en cuenta en otro apartado y que el puesto de trabajo acostumbra a ir asociado a una cuantía de ingresos determinada (ver tabla adjunta, obtenida de un informe del INE¹⁷) y en aras de simplificar la categorización, se ha escogido un criterio eminentemente económico para categorizar la muestra.

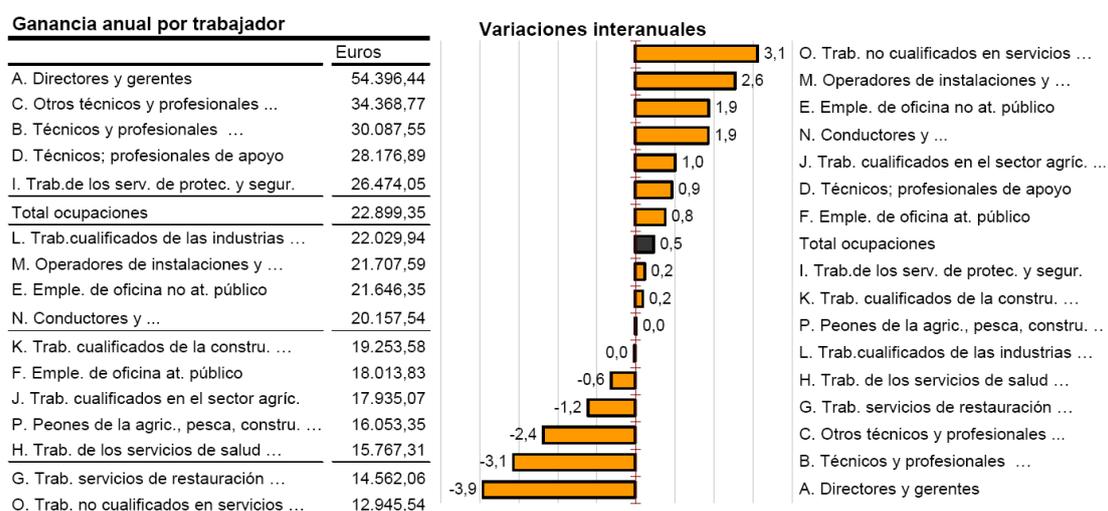


Figura 3. Salario anual en 2011 en España por puestos de trabajo ¹⁷

Pertenecer a la condición socioeconómica baja, en este estudio, implica que el participante viva en un hogar que cumpla uno de los siguientes requisitos:

- Hogar unipersonal (personas que vivan solas) con un salario inferior a 12.000 € anuales.
- Hogar de dos personas, con un salario total combinado inferior a 20.000 € anuales.
- Hogar de tres personas con un salario total combinado inferior a 24.000 € anuales
- Hogar de cuatro personas con un salario total combinado inferior a 28.000 € anuales
- Hogar con unos ingresos combinados anuales inferiores a 6.000 € por persona residente en el hogar.

Pertenecer a la condición socioeconómica media, en este estudio, implica que el participante viva en un hogar que cumpla uno de los siguientes requisitos:

- Hogar unipersonal (personas que vivan solas) con un salario entre 12.000 € y 48.000 € anuales.
- Hogar de dos personas, con un salario entre 20.000 y 80.000 € anuales.
- Hogar de tres personas con un salario total combinado entre 24.000 y 96.000 € anuales
- Hogar de cuatro personas con un salario total combinado entre 28.000 y 104.000 € anuales
- Hogares que no reúnan ninguno de los requisitos de las condiciones socioeconómicas baja y alta

Pertenecer a la condición socioeconómica alta, en este estudio, implica que el participante viva en un hogar que cumpla uno de los siguientes requisitos:

- Hogar unipersonal (personas que vivan solas) con un salario superior a 48.000 € anuales.
- Hogar de dos personas, con un salario total combinado superior a 80.000 € anuales.

- Hogar de tres personas con un salario total combinado superior a 96.000 € anuales
- Hogar de cuatro personas con un salario total combinado superior a 104.000 € anuales
- Hogar con unos ingresos combinados anuales superiores a 48.000 € por persona residente en el hogar.

Para el establecimiento de los criterios para definir las mencionadas categorías se han consultado los ya citados datos sobre la estructura salarial del año 2011 publicados por el INE¹⁷ y se ha definido un baremo en base a los mismos, según el criterio de los investigadores.

6.3 Instrumentos

Para el proceso aleatorio de asignación de los participantes a los grupos de intervención se utilizará una hoja de cálculo, generándose un número aleatorio entre 0 y un millón para cada participante. Los cincuenta números más altos formarán parte del grupo humanista, los cincuenta siguientes del grupo cognitivo conductual y los cincuenta más bajos del grupo de dietética. De darse empates en la franja de división, se dirimirán repitiendo el procedimiento entre los participantes empatados.

Las mediciones de peso inicial y final se realizarán mediante la báscula Wifi *Withings WS30*, que permite mediciones entre 5 y 180 Kg, posee mecanismos para compensación postural y vuelca directamente los pesos en archivos informáticos mediante Wifi o Bluetooth.

En tanto que la hipótesis de este estudio es que la terapia humanista, unida a la dieta, será la intervención más efectiva, estableceremos que la hipótesis se habrá visto confirmada si la media de pérdida de peso final es superior en este grupo que en el resto.

Para el análisis estadístico posterior, se utilizaría un gestor de hojas de cálculo típico (como Excel) y un software de estadística con licencia freeware (como ezANOVA). Por supuesto, todo ello requiere de dispositivos informáticos en forma de PC o tablets.

6.4 Procedimiento

Establecidos los tres grupos, se citará a cada uno de los participantes a primera hora en ayunas, con instrucciones de pesarse en casa (se advertirá a los participantes que siempre deberán pesarse con la misma ropa, aconsejando un atuendo ligero y, en caso de darse un clima frío, que acudan

con prendas de abrigo cómodas de poner y quitar) y anotar el peso, de manera que pueda evaluarse el posible error de su báscula. Una vez en el lugar de encuentro serán pesados por los investigadores y después se les proporcionará un desayuno hipocalórico en forma de zumo de naranja, tostadas y un yogurt desnatado como gesto de cortesía, tras lo cual se les expondrá de manera informal en qué consistirá el estudio. Obviamente, este gesto de cortesía está también orientado a mejorar su predisposición ante la charla y su recuerdo de la experiencia.

Acto seguido, se les proporcionará una dieta personalizada a seguir y se les asignará una hora de terapia semanal a los grupos humanista y cognitivo conductual y una visita de seguimiento nutricional al tercero. Todos los grupos tendrán a su disposición apoyo telemático (vía telefónica, e-mail y poniendo a su disposición un foro moderado por un nutricionista) para consultas dietéticas, en aras de fomentar la capacidad de los participantes para adaptar aun más a su conveniencia sus dietas personalizadas. Se proporcionará también una ficha a cumplimentar con sus datos y hoja de autorregistro a cada participante (consultar el anexo para ambas), con instrucciones de registrar su peso todos los lunes recién levantados, tras ir al baño y en ayunas. De ser necesario, al entregar la ficha pueden realizarse algunas preguntas para completar la estadística de los participantes (nivel socioeconómico, estudios, etc.), aunque la recogida de datos debería haberse realizado previamente por vía telefónica. Finalmente, se les proporcionará un documento de consentimiento informado para que la firmen, con la información relativa a la investigación ya expuesta (es decir, el resumen del experimento, obviando únicamente los resultados que esperamos encontrar), así como con el compromiso por parte de los investigadores de informarles de los resultados obtenidos.

La intervención tendrá seis meses de duración. El grupo humanista será intervenido por dos investigadores formados como terapeutas en la corriente humanista, mientras que los otros dos serán intervenidos por un único investigador formado en su campo (un psicoterapeuta cognitivoconductual y un nutricionista, respectivamente).

Los investigadores humanistas destinarán cinco horas de visita diarias de lunes a viernes a visitas programadas de terapia individual (lo que equivale a la totalidad de los participantes de su grupo) y reservarán una hora diaria adicional para aquellos participantes que se hayan visto obligados a cancelar una visita tengan la posibilidad de recuperarla. Ello deja a los terapeutas con una jornada de ocho horas diarias, con seis visitas y un intervalo entre visitas de media hora, durante el cual podrán tomar las notas de seguimiento que consideren oportuno. Los otros dos investigadores dedicarán dos horas diarias de lunes a viernes a visitas programadas de terapia grupal, en grupos de diez personas (lo que equivale a la totalidad de los participantes de ambos grupos). Mientras que el terapeuta cognitivoconductual asignará horas de consulta individuales durante el resto de sus jornadas a aquellos participantes que considere necesario, con un mínimo de una sesión individual mensual, el investigador nutricionista dedicará el resto de su tiempo a la gestión de una web y el soporte telemático a los participantes de los tres grupos (como se ha explicado anteriormente).

A pesar de que la terapia en sí no se valorará más allá del ritmo de pérdida de peso asociado, se invita a los investigadores a que elaboren un breve informe de la investigación que pueda ser adjuntada a los resultados al final del estudio, con el ánimo de proporcionar claves que puedan resultar de ayuda en futuras investigaciones.

La decisión de establecer grupos de terapia para la terapia cognitivoconductual y la formación dietética, mientras que el tratamiento humanista es individual obedece a diversos motivos. En primer lugar, es mucho más económico realizar sesiones grupales que sesiones individuales. En segundo lugar, existen estudios que sugieren que el tratamiento grupal cognitivo conductual es tan efectivo como las variantes individuales¹⁸, existiendo incluso estudios que sugieren una efectividad mayor en el tratamiento de la obesidad¹⁹, mientras que la formación (pues eso es, en el fondo, la intervención dietética) se realiza de manera sistemática en grupos. Por último, este estudio se basa en la intuición de que es precisamente en enfoque, sobre las particularidades únicas de cada ser humano y la integración de todos sus elementos que postula la psicología humanista, aquello que puede hacerla más útil en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. Así, si esta premisa se cumple, es de esperar que el hecho de que la terapia humanista sea (necesariamente, en este caso) individual y el hecho de que los otros dos grupos asistan a sesiones grupales, incremente la diferencia entre la efectividad de los diferentes tratamientos.

Antes de iniciar los procesos terapéuticos, se proporcionará un seminario introductorio nutricional de una hora sobre la naturaleza de la obesidad y el sobrepeso, impartido por un nutricionista.

La intervención humanista se basará en la psicología centrada en el cliente Rogeriana, lo que implica una terapia basada en la conversación empática y el reflejo de la realidad emocional y mental del cliente, con el objetivo de provocar el insight, el awareness gestáltico. Basándonos en este modelo¹⁴, esta integración sumada a la aceptación positiva incondicional, permitirá al cliente desarrollarse y conseguir sus objetivos, desarrollando plenamente su funcionalidad. En tanto que diferentes estudios muestran que la mayor parte de las personas obesas o con sobrepeso considera que su condición es indeseable¹¹, es de esperar que la psicoterapia humanista conlleve una importante pérdida de peso asociada. Esta concepción implica una concepción del sobrepeso o la obesidad como un síntoma o mecanismo compensatorio de las necesidades no aceptadas e insatisfechas del cliente.

Debido a esta concepción y la peculiar naturaleza de este tipo de intervención, es imposible establecer exactamente qué técnicas serán implementadas por el terapeuta, en tanto que probablemente los temas que se traten en sesión dependerán enormemente del cliente concreto (a diferencia de lo que ocurre en otras intervenciones, el cliente es quien lleva la terapia, que ya Rogers definió como no directiva). De ahí la importancia de los informes por parte de los terapeutas al final del proceso, que proporcionarán indicios que permitan (deseablemente) futuros estudios en circunstancias más controladas.

Por su parte, el tratamiento cognitivoconductual constará de un entrenamiento grupal en técnicas de autocontrol (autorregistro de consumo de alimentos y de actividad física, establecimiento de metas y autorrefuerzo), así como su seguimiento en sesión, el entrenamiento en técnicas de relajación (recurriendo a la canónica relajación muscular progresiva de Jacobson), el entrenamiento en habilidades sociales relacionadas con la alimentación (modelaje, ensayo conductual, feedback y refuerzo, orientados a aprender controlar la conducta en situaciones sociales). Por su parte, el entrenamiento en solución de problemas (el clásico de D`Zurilla y Goldfried) podrá ser abordado de forma mixta en las sesiones grupales e individuales y la reestructuración cognitiva, trabajando posibles creencias irracionales, deberá tratarse en sesión individual con el terapeuta. Se ha escogido este tipo de intervención por ser, con diferentes variaciones, un procedimiento común en diferentes estudios cognitivoconductuales sobre la obesidad tradicionales.

Finalmente, la intervención nutricional constará de un programa formativo de 50 horas (dos hora semanales durante seis meses, de las cuales una hora y media se dedicará a impartir la formación y media hora a preguntas y debate), realizadas en sesiones grupales, como ya se ha descrito anteriormente. En estas sesiones se aportará formación sobre los diferentes nutrientes (lípidos, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas, fibra y agua), su naturaleza y funciones, las necesidades energéticas humanas en función de la actividad, el ciclo vital y el metabolismo basal individual, la clasificación de los alimentos (básicamente carnes, pescados, huevos, lácteos, aceites y otras grasas, cereales, legumbres, frutas, hortalizas y bebidas) y sus características, la elaboración de dietas y tablas de alimentos y el concepto de dieta mediterránea. En tanto que se trata de una intervención grupal, será difícil poder adaptarla al nivel educativo de cada participante concreto y, en tanto de que se trata de una formación, cabe esperar que el nivel de estudios previo module de algún modo el efecto de esta intervención en particular. Así, debemos tener en cuenta la posible influencia de esta variable en los resultados obtenidos por los integrantes de este grupo.

7. Resultados

En primer lugar, será necesario aplicar el factor de corrección obtenido de la comparación del peso traído por los participantes de casa con los pesos de control en el laboratorio, para eliminar la amenaza inherente al uso de utilizar diferentes básculas. Es cierto que los resultados se valorarán en base a los resultados de peso inicial y final obtenidos en el centro de asistencia, pero es de esperar que los datos sobre la evolución del peso aporten información valiosa a la hora de interpretar los resultados.

La significación estadística de la diferencia de peso será comprobada mediante una prueba *t de Student* pareada entre las variables de peso inicial y peso final en cada grupo, en tanto que esta prueba es adecuada para comparar dos puntuaciones medias de variables de distribución normal en la población (como acostumbra a pasar con los parámetros físicos) provenientes del mismo grupo.

La técnica ANOVA puede ser empleada para un análisis más profundo y comprobar la significación de las diferentes variables definidas, en tanto que permite establecer la relación entre variables independientes categóricas y variables dependientes cuantitativas. Así, es posible establecer el efecto de variables como el sexo, nivel de estudios, nivel socioeconómico, edad o tipo de obesidad sobre la pérdida de peso final. La obtención de tablas y gráficos mediante el software informático, que muestren la interacción entre variables, nos permite hacernos una idea mucho más clara y fidedigna de las relaciones de causalidad. Por otra parte, es posible que los cálculos ANOVA conviertan la *t de Student* en una redundancia innecesaria, pero el escaso esfuerzo que supone incluir ambos cálculos queda compensado por la comodidad que aportan a la comparativa con otros estudios.

Para la comparación de las medias de la variable Diferencia de peso en los tres grupos, se realizará un test Kruskal-wallis, en tanto permite la comparación simultánea de una variable en tres grupos cuya distribución no sea normal en la población.

Las pruebas mencionadas en el párrafo anterior proporcionarán los resultados propiamente dichos del estudio, en tanto que establecerán si las intervenciones han conseguido resultados de significación estadística, así como si la ha conseguido la diferencia entre los resultados de las tres intervenciones.

Por otra parte, será plasmar el efecto de las variables cualitativas Nivel socioeconómico (Alto, medio o bajo), nivel de estudios (Alto, medio o bajo) y el tipo de obesidad (sobrepeso, obesidad tipo 1, obesidad tipo 2 u obesidad tipo 3) en la progresión de un modo gráfico e intuitivo. Para un análisis visual, los datos se presentarán en forma de diagrama de cajas, con un total de tres gráficos por grupo, relacionando por separado las variables Nivel Socioeconómico con Diferencia de Peso (diferencia entre el peso inicial y el final), Tipo de Obesidad con Diferencia de Peso y Nivel de estudios con Diferencia de peso. Ello también nos proporciona una idea intuitiva de la homogeneidad de los grupos de estudio.

Del mismo modo, la inclusión en las tablas de los valores IMC puede proporcionar información valiosa al estudio. Intuitivamente, parece de esperar que una alta puntuación inicial en estas variables esté asociada con una disminución de peso más acusada, pero es necesario aplicar alguna prueba para esclarecer si existe correlación entre las variables, como el coeficiente de correlación de Pearson. En caso de encontrar una elevada correlación positiva, sería interesante plantearse para futuros estudios utilizar el IMC, en lugar del peso medido en Kilogramos. Llegado el caso, incluso sería posible revisar todos los cálculos de este estudio, usando el IMC en lugar del peso.

8. Conclusiones

En caso de que los resultados apoyaran la hipótesis, se trataría de un claro indicio de que la terapia estandarizada que se ofrece desde la Psicología para colaborar en la lucha contra la obesidad puede no ser lo mejor que nuestra disciplina tiene para ofrecer. El modelo cognitivo conductual, amparado sobre la base del paradigma biomédico del que parten la mayoría de intervenciones, pierde la atención al detalle de la subjetividad (y la emoción) humana en su afán por conseguir el rigor científico y la estandarización de las intervenciones. Es posible que ello proporcione resultados óptimos en el caso de determinadas problemáticas, pero también es posible que para la intervención en otras concretas, no sea la opción ideal. Creo que la intervención psicológica en el tratamiento de la obesidad es uno de esos casos ¿De qué sirve el entrenamiento en relajación si el desequilibrio emocional que genera la ansiedad sigue ahí? ¿De qué sirve el entrenamiento en autocontrol si las frustraciones y los complejos que suscitan los comportamientos a controlar siguen existiendo? Si asumimos que existe una problemática a nivel psicológico asociada a este problema, en tanto que el modelo cognitivo conductual se centra en todos estos apartados ¿porqué tratar únicamente los síntomas? y ¿cómo esperamos provocar cambios permanentes modificando elementos superficiales?

Todas estas preguntas suscitan de por sí estudios en este sentido, pero la obtención de resultados claros a favor de nuestra hipótesis sería difícil de ignorar y demandaría imperiosamente nuevas investigaciones, sea con el ánimo de corroborar o de desmentir los resultados.

Por otra parte, soy consciente de que son de esperar resultados poco favorables a la hipótesis, en tanto que el tratamiento humanista busca cambios profundos a largo plazo, mientras que la duración de este estudio es de apenas seis meses. No me cabe duda de que las técnicas conductuales tienen el suficiente potencial para igualar o superar a las humanistas a corto plazo. Por ello, de disponer de los fondos suficientes, sería interesante plantear un estudio de un año y realizar seguimientos semestrales durante dos años, en lugar de limitarnos únicamente a planificar un seguimiento de los participantes un año después de concluir la intervención, exentos ya de terapia y del compromiso de seguir una dieta restrictiva. Por supuesto, el incremento del coste sería prohibitivo.

En cuanto a la influencia de otras variables, es posible que se den interacciones que sugieran una mayor efectividad de cada intervención para sus diferentes valores. Así, es posible (y esto es un mero ejemplo) que los cálculos ANOVA muestren que para el valor de la variable nivel socioeconómico "alto", es más efectiva la intervención cognitivoconductual, mientras que para el valor "bajo" es más efectiva la humanista. No debemos olvidar que la obesidad y el sobrepeso poseen una etiología multicausal y es de esperar que encontremos, no una, sino varias interacciones entre variables y que este estudio abra nuevas vías de estudio. Por eso (y por los escasos

estudios realizados desde el modelo humanista sobre la obesidad) lo considero un estudio exploratorio.

En este sentido, es muy importante establecer la relevancia de las diferentes variables del estudio, especialmente teniendo en cuenta que solo se tienen en cuenta las más básicas (edad, género, nivel socioeconómico, nivel de estudios, tipo de obesidad e IMC). Es evidente que en este estudio solo se evalúan algunas de las variables más importantes en el sobrepeso y obesidad, dejando de lado variables genéticas (antecedentes de obesidad, por ejemplo) y problemas hormonales (como el hipertiroidismo), comorbilidades con otros trastornos o enfermedades (depresión, adicciones, etc.), niveles de ansiedad, sustrato cultural de los participantes y un largo etcétera de posibles variables relevantes. Esta es, evidentemente, una debilidad del estudio, pero un estudio lo suficientemente ambicioso como para tener en cuenta todas las variables posibles no sería tanto un estudio exploratorio como uno explicativo. De entrada, el método de selección de los participantes y la escasa duración del estudio no me parecen adecuados para un estudio explicativo, que requiere de una superior inversión de recursos, de modo que incluir todas las variables mencionadas implicaría reformular el estudio completamente.

Así, las variables a estudiar escogidas en este estudio son aquellas presentes en prácticamente cualquier estudio psicológico sobre el sobrepeso o la obesidad

Por supuesto, también es posible que este estudio se fundamente en una concepción equivocada. No parecen existir muchos estudios que corroboren o rebatan la efectividad de este tipo de terapia en la literatura científica en relación a la obesidad, por lo que cualquier resultado es factible. En este supuesto, se constataría que la terapia estándar que se aplica hoy en día es de lo más eficiente que posee nuestra disciplina para ofrecer a la lucha contra la obesidad y que, probablemente, intervenir sobre las conductas y síntomas (como la ansiedad) más cercanos al problema sea nuestra mejor baza.

También es posible que, a pesar de que la intervención humanista demostrase una mayor efectividad a largo plazo, se considere que su coste superior a las terapias de grupo cognitivoconductuales o el consejo y formación dietéticos, las califique de inviables. Es probable que, incluso llegado a probarse una superior efectividad, los próximos estudios al respecto deban centrarse en la rentabilidad de esta intervención a largo plazo, en tanto que a corto plazo nunca parecerá rentable. Para hacerlo, deberá recurrirse a revisiones acerca del coste de la obesidad y el sobrepeso sobre el sistema sanitario, así como valorar si realmente una intervención menos efectiva y más barata es más rentable. Siendo realistas, cualquier intervención que aspire a convertirse en el tratamiento de elección debe ser, por encima de todo, rentable.

Por último, una acusada diferencia entre los resultados de las dos intervenciones psicológicas y el grupo de cuasicontrol, sería un indicador de que tal vez el tratamiento principal del sobrepeso y la obesidad debería ser de tipo psicológico y no bajo la forma de las económicas recomendaciones dietéticas. Por supuesto, en este sentido el presente estudio sería apenas una

gota de agua en un mar de literatura científica que, en su mayoría (y en la humilde opinión del que redacta estas líneas), ya lo sugiere. Lamentablemente, como comento en el párrafo anterior, desbanca como tratamiento de elección una opción tan barata requerirá de argumentos, no ya sólidos, sino incuestionables.

9. Discusión

Durante el desarrollo de este trabajo he navegado en un ingente mar de literatura científica relacionada con la obesidad, surcando todas sus facetas, desde estudios sobre la posible asociación de problemas físicos y psicológicos asociados a la obesidad (especialmente en niños y adolescentes) a estudios sobre pacientes que han sido intervenidos de cirugía bariátrica (me ha parecido sorprendente la cantidad de estudios que hay sobre ellos, considerando el reducido porcentaje que representan del colectivo de personas con obesidad o sobrepeso) y pasando por estudios sobre factores de riesgo y todo tipo de informes y protocolos oficiales redactados con la finalidad de combatir la obesidad. A pesar de que mi deseo era recoger todo ello en una revisión bibliográfica, lo cierto es que cuando me he visto forzado a concretar un estudio, lo único que he tenido que hacer es pensar en mi experiencia en la lucha contra la obesidad y aplicar sobre ella mis modestos conocimientos de Psicología. La propuesta de este estudio es el producto de esa reflexión y he de decir que (como tantas otras veces en este grado), aunque mi aprendizaje teórico ha sido interesante, más aun lo ha sido el aprendizaje sobre mí mismo.

Lamento decir que no he seguido la planificación, en tanto que originalmente este proyecto iba a ser una revisión bibliográfica sobre los diferentes tratamientos en el sobrepeso y la obesidad, abarcando diferentes frentes. Plantearlo a mi consultor antes de la primera actividad de seguimiento hubiera sido lo más inteligente, pero mi entusiasmo me cegó y, con poco tiempo disponible, me vi en la tesitura de renunciar a la mayor parte de la búsqueda de bibliografía realizada y a lo poco que había desarrollado, para emprender la concepción de este estudio. A pesar de los evidentes problemas inherentes a ello, me alegro de haber cambiado la naturaleza de este escrito, porque su desarrollo ha sido mucho más estimulante.

Soy consciente de que los estudios que implican metodologías de aplicación subjetiva, que dependen de la pericia y experiencia del terapeuta son complicados. Se espera de un estudio científico rigor, estandarización y control absoluto de las variables y técnicas implicadas. En mi humilde opinión, el resultado de la intervención psicológica dependerá siempre de la intuición, la pericia y la experiencia del terapeuta (aunque concedo que en algunos modelos sea más importante que en otros, como ocurre con el psicoanálisis). Pretender que no sea así es negar todo mérito que pueda tener un profesional de nuestro campo, así como la evidencia de que hay diferentes profesionales con una base teórica idéntica, que aplican las mismas técnicas y obtienen mejores o peores resultados (o que obtienen mejores o peores resultados en función del sexo o el grupo de edad al que pertenezca el cliente, por ejemplo).

Tal vez en otras ciencias o disciplinas se pueda aislar el componente humano. En la nuestra, no lo creo... Aun así, probablemente podría compensarse este defecto escogiendo terapeutas con un porcentaje de éxito similar para los grupos de terapia humanista y cognitivo conductual, de considerarse necesario.

Por supuesto, lo comentado en el párrafo anterior nos lleva a que la validez externa de este estudio es bastante baja, debido al diseño de intervención humanista, imposible de replicar a menos que nos contentemos con considerar que un terapeuta experimentado lleve a cabo una intervención basada en la psicología centrada en el cliente sea suficiente para que la intervención haya sido replicada. Dudo mucho que la comunidad de psicólogos se contentase con tal cosa y por ello este estudio solo pretende ser (en el mejor de los casos) una punta de lanza y abrir la puerta a la posibilidad que su hipótesis plantea.

Teóricamente (repito, teóricamente) sería posible que un estudio de este tipo abriera la puerta a una revisión del paradigma dominante en la intervención psicológica española. Hablo del aprovechamiento del enorme potencial que ofrece el modelo humanista para ayudar a las personas y al que actualmente no es posible acceder desde la sanidad pública o los seguros privados. Demostrar la eficacia de este modelo en una problemática tan extendida (y tan resistente) como la obesidad y el sobrepeso, podría dotarlo del prestigio suficiente (una vez corroborado) como para convertirlo en tratamiento de elección en ésta y (tal vez) otras áreas.

Por último, me gustaría repetir aquí que en ningún momento estoy diciendo que la intervención cognitivo conductual sea inferior en este o cualquier otro campo de aplicación a la terapia humanista (o a cualquier otra). Digo que podría serlo y que solo planteándonos esa posibilidad nos será posible encontrar opciones mejores.

10. Bibliografía

1. OMS. (2014). Nota descriptiva N°311
2. OECD (2012) Obesity and the economics of prevention: Fit not Fat. Key Facts – Spain. Update 2012. (Consultado el 25/10/2014.) Disponible en: www.oecd.org/els/health-systems/49712780.pdf
3. Martín-Ramiro, J. J., Álvarez-Martín, E., & Gil-Prieto, R. (2014). Mortalidad atribuible al exceso de peso en España. *Medicina Clínica*, 142(12), 526-530.
4. Martínez, J. A., Moreno, M. J., Marques-Lopes, I., & Martí, A. (2009, February). Causas de obesidad. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 31, No. 3, pp. 17-27).
5. Escofet, F. C. S. (Ed.). (1994). *La obesidad: monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. Ediciones Díaz de Santos.
6. Panel, N. O. E. I. E. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute; 1998 Sep. Report No.: 98-4083
7. Banegas, J.R. (2007). *El reto de la obesidad para la salud pública*. I Convencion NAOS. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Madrid, 27 de marzo de 2007.
8. Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D. et al. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*, 5(3), 135-75.
9. Estrategia, N. A. O. S. (2005). Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Madrid*.
10. Estudio de prevalencia de la obesidad infantil - Estudio Aladino. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (Consultado el 25/10/2014.) Disponible en: http://www.naos.aesan.msps.es/naos/investigacion/publicaciones/estudio_aladino.html.
11. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C y Kenardy J. (2008) *Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd.

- 12 Martínez, J. A., Moreno, M. J., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2009, February). *Causas de obesidad*. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 31, No. 3, pp. 17-27).
- 13 Sánchez, A. M. A., Benavies, E. G., & Ramírez, M. T. G. (2005). *Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad*. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 417-429.
- 14 Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- 15 Fitzgibbon, M.; Stolley, M.; Kirschenbaum, D. (1993) *Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment*. *Health Psychology*, Vol 12(5), Sep 1993, 342-345.
- 16 Stunkard, A. J. (2000). *Factores determinantes de la obesidad: opinión actual*. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*, 576, 27-32.
- 17 Instituto nacional de Estadística (2013) Encuesta Anual de Estructura Salarial. 2011. Notas de Prensa. (Consultado el 25/10/2014.) Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np790.pdf>
- 18 McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). *Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective*. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2), 101.
- 19 Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). *Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 717.

AUTORREGISTRO DE CONTROL DE PESO			NOMBRE:		
MES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
MES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
MES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
MES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
MES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
MES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5

AUTORREGISTRO DE CONTROL DE PESO: Además de conservar los datos en este documento, periódicamente serán registrados por los terapeutas en las sesiones semanales.