Intervención psicológica en la obesidad: los beneficios de la terapia Gesltalt y la práctica de *Mindfulness* durante la intervención.

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

**Nombre Estudiante:** Cristina Flores Ruzafa

Plan de estudios: Grado en Psicología

**Nombre Consultor/a:** Francisco José Eiroá Orosa

Fecha de entrega: 2020

Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons](http://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: los beneficios de la terapia Gestalt y la práctica de *Mindfulness* durante la intervención |
| **Nombre del autor:** | *Cristina Flores Ruzafa* |
| **Nombre del consultor/a:** | *Francisco José Eiroá Orosa* |
| **Fecha de entrega:** | *01/2020* |
| **Ámbito del Trabajo Final:** | *Psicología Clínica y de la Salud: Ámbito de la salud. Intervención humanista basada en terapia Gestalt en casos de obesidad.* |
| **Titulación:** | *Grado en Psicología* |
|  **Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras):** |
| Este trabajo pretende poner de manifiesto los beneficios que comporta la intervención con terapia Gestalt en pacientes con obesidad y/o sobrepeso. En este estudio no se entrará a valorar la parte nutricional de la dieta, sino que se centrará en la parte de la terapia psicológica y su efecto en los resultados de pérdida de pesoSe planteará una intervención comparativa entre cuatro grupos. Uno de los grupos será tratado como el grupo control y únicamente seguirá un tratamiento con una dieta hipocalórica. Los otros tres grupos recibirán terapia psicológica además de la dieta. De estos tres grupos, uno recibirá terapia con enfoque cognitivo-conductual (la terapia que se ha venido aplicando tradicionalmente), otro de ellos recibirá terapia según el enfoque humanista (Terapia Gestalt) y un último grupo, además de la dieta y la terapia Gestalt, completará el tratamiento con la práctica de *Mindfulness.*Se espera una mayor adherencia a la dieta y mayor efectividad (logro del objetivo establecido al inicio) de los tres grupos que complementan la dieta con la terapia psicológica. La hipótesis planteada por este estudio, es que los individuos que reciban tratamiento basado en la terapia Gestalt, obtendrán mejores resultados en comparación con las terapias cognitivo conductuales. Las posibles limitaciones que se espera encontrar, serán en cuanto a la adherencia al tratamiento fruto de las resistencias de los pacientes, así como de las rutinas y hábitos poco saludables adquiridos a lo largo de los años. |
| **Palabras clave (entre 4 y 8):** |
| Obesidad, emociones, terapia Gestalt, *Mindfulness*, Trastorno de conducta alimentaria |
|  **Abstract (****in English, 250 words or less):** |
| This work aims to highlight the benefits of intervention with Gestalt therapy in patients with obesity and/or overweight. This study will not assess the nutritional part of the diet, but will focus on the psychological therapy part and its effect on weight loss resultsA comparative intervention between four groups will be considered. One of the groups will be treated as the control group and will only follow a treatment with a hypocaloric diet. The other three groups will receive psychological therapy in addition to the diet. Of these three groups, one of them will receive therapy with a cognitive-behavioral approach (the therapy that has been traditionally applied), another one will receive therapy according to the humanistic approach (Gestalt therapy) and a last group, in addition to the diet and Gestalt therapy, will complete the treatment with the practice of Mindfulness.Greater adherence to the diet and greater effectiveness (achievement of the goal set at the beginning) are expected from the three groups that complement the diet with psychological therapy. The hypothesis of this study is that individuals receiving treatment based on Gestalt therapy will have better results compared to cognitive behavioral therapies. The possible limitations that are expected to be found will be in terms of adherence to treatment as a result of patient resistance, as well as unhealthy routines and habits acquired over the years. |
|  **Key words (in English, 4 - 8 words):** |
| Obesity, Emotions, Gestalt Therapy, Mindfulness, Eating Behavior Disorder |

**Índice**

[0. Introducción 7](#_Toc28382520)

[1. Contexto y justificación 7](#_Toc28382521)

[2. Revisión teórica 8](#_Toc28382522)

[3. Problema 13](#_Toc28382523)

[4. Objetivos y/o hipótesis 14](#_Toc28382524)

[5. Propósito de la intervención 15](#_Toc28382525)

[6. Método 16](#_Toc28382526)

[6.1 Diseño de la intervención 16](#_Toc28382527)

[6.2 Participantes 17](#_Toc28382528)

[6.3 Instrumentos 20](#_Toc28382529)

[6.4 Procedimiento 22](#_Toc28382530)

[7. Resultados 26](#_Toc28382531)

[8. Conclusiones 29](#_Toc28382532)

[9. Discusión 30](#_Toc28382533)

[10. Referencias bibliográficas 32](#_Toc28382534)

[11. Anexos 34](#_Toc28382535)

[11.1 Calendario de trabajo 34](#_Toc28382536)

[11.2 Cálculo muestral 35](#_Toc28382537)

[11.3 Escala de autoestima de Rosemberg 36](#_Toc28382538)

[11.4 Escala de las nueve figuras 37](#_Toc28382539)

[11.5 Auto-registro peso 38](#_Toc28382540)

[11.6 Auto-registro actividad física 39](#_Toc28382541)

[11.7 Sesión TG – Técnica de la silla vacía 40](#_Toc28382542)

[11.8 Sesión TCC – Reestructuración cognitiva 42](#_Toc28382543)

**Lista de figuras**

Figuras Pág.

Figura 1 – Factores explicativos en casos de obesidad o sobrepeso……. 10

# 0. Introducción

## 1. Contexto y justificación

La obesidad y el sobrepeso se han convertido en uno de los problemas de salud más extendidos por todo el mundo hasta el punto de considerarse una epidemia. Se estima que cada año mueren unos tres millones de personas aproximadamente a causa de la obesidad o sobrepeso, según la OMS (OMS, 2018).

La obesidad ya no es sólo un problema de los países de altos ingresos, sino que afecta también a países de ingresos bajos y medios. Ha crecido de forma drástica y afecta a todas las edades. En los últimos años se ha dado un cambio radical en el estilo de vida y en la dieta que ha dado lugar a que la obesidad se convierta en uno de los mayores males de la sociedad. No hay discriminación por edad ni por sexo y está aumentando a una velocidad de vértigo (OMS, 2014).

El índice de masa corporal (IMC) es el indicador que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25kg/m2 y la obesidad como un IMC igual o superior a 30kg/m2. Estos niveles de tolerancia sirven de referencia para las evaluaciones individuales. El IMC se convierte en una medida útil ya que la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni la edad en la población adulta.

El desarrollo de la obesidad es multifactorial por lo que debemos tener en cuenta diversos factores que afectaran y condicionaran al individuo. Por un lado se tendrán que tener en cuenta factores biológicos (por ejemplo genéticos), factores ambientales (por ejemplo el tipo de comida disponible para el individuo), factores comportamentales (conducta hacia la comida, actividad física), factores psicológicos y/o sociales, así como los aprendizajes a lo largo de la vida del sujeto (Tamayo y Restrepo, 2014).

De igual forma, son diversos los factores que afectaran al individuo que padece obesidad o sobrepeso. Es por ello que se necesita una línea de actuación interdisciplinar para poder dar solución a esta pandemia (Baile & González, 2013).

En cuanto a los factores psicosociales, la psicología ha venido tratando este trastorno con terapias basadas en la vertiente cognitivo-conductual. Se pretende cambiar aquellas conductas que se consideran inadecuadas en cuanto a hábitos saludables.

El estado emocional del sujeto influye tanto en el tipo como en la cantidad de alimento que se ingiere. Es por ello que se considera que es vital focalizarse en la importancia del “aquí y ahora” para que la persona pueda identificar la emoción y el estímulo de “hambre” (Baile & González, 2013).

Por otra parte, con este trabajo se pretende comprobar si las terapias basadas en la vertiente humanista, en concreto la Terapia Gestalt sería efectiva en los casos de obesidad y sobrepeso.

Este tipo de terapia se basa en la experimentación de la persona para que pueda ser ella misma la que decida sobre qué conductas son las adecuadas y cual son las tóxicas (aquellas de las que se tendría que “deshacer”).

La pretensión con este trabajo es pues poder comparar los resultados obtenidos en los estudios realizados hasta ahora basados en las terapias CC con los obtenidos con la terapia Gestalt.

## 2. Revisión teórica

EL PROBLEMA DE LA OBESIDAD

Según datos de la OMS, en 2016 más de 1900 millones de personas tenían sobrepeso y más de 650 millones eran obesos. La prevalencia de la obesidad se ha casi triplicado entre 1975 y 2016 (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

La obesidad es mucho más que un exceso de grasa. Existe toda una trama psicológica que rodea a los individuos con exceso de peso. Se mezclan factores emocionales, cognitivos y sociales que pueden llegar a provocar en el individuo graves problemas a todos los niveles. Esta situación, suele llevar a las personas con sobrepeso a intentar conseguir una “normalidad impuesta”.

Los tipos de intervenciones que existen para atajar el problema de la obesidad son infinitos, desde las dietas restrictivas habituales, a tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y psicológicos.

Los tratamientos actuales en casos de obesidad y sobrepeso suelen basarse únicamente en dietas restrictivas por un lado e intervenciones psicológicas desde la vertiente cognitivo-conductual que han sido, hasta el momento, las que tienen más evidencia empírica de consecución de éxito.

Generalmente los estudios convierten el tema de la alimentación y, concretamente el de la obesidad, en un problema matemático de pesos y calorías, pero la cuestión es mucho más compleja (Carpintero, 2013 citado por Morande et al., 2014). Y es que se podría decir que se trata de matemática pura. El peso corporal es un dato objetivo y cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) está entre 25 y 30 es un indicador que existe sobrepeso y si está por encima de 30 obesidad (Morande et al., 2014).

Por esta razón, los tratamientos convencionales para la pérdida de peso se basan en una reducción de la ingesta de calorías. Además, se plantean cambios en la alimentación, buscando una alimentación saludable basada en una dieta equilibrada y la incorporación del ejercicio físico en la rutina. El problema que se desprende de este planteamiento es que se define una dieta para solucionar un problema de peso, por lo que en el momento que la persona consigue su peso objetivo, vuelve a sus hábitos iniciales de alimentación y a su antiguo estilo de vida. Este “paso atrás” provocará en el paciente que su frustración aumente y su autoestima disminuya notablemente, debido a la percepción de incapacidad de llevar a cabo su objetivo (Carrière et al., 2018).

El sobrepeso o la obesidad no es algo que aparezca de manera espontánea sino que se trata de una progresión. Además, por norma general, la causa no suele ser un único factor sino que intervienen varios factores.



Figura 1. Factores explicativos en casos de obesidad o sobrepeso.

Las personas se alimentan no sólo para aportar los nutrientes a su organismo para cubrir las necesidades básicas de energía; sino que intervienen muchos más factores como son los económicos, sociales, biológicos y emocionales.

Por una parte, los alimentos tienen un coste económico, algunos más elevados que otros, sin tener en cuenta la calidad del alimento o su valor nutritivo. Por otra parte hay que tener en cuenta cómo afectan los alimentos a nuestro organismo (factor biológico), ya que existen enfermedades que no permiten la ingesta de determinados alimentos.

Otro de los efectos físicos de los alimentos es el de dar forma al cuerpo, es decir, como si de un escultor se tratase, los alimentos van modelando la figura de quien los ingiere. En ese momento aparecen las diferentes “categorías sociales” (o etiquetas). Dependiendo del cuerpo que tenga el individuo (de la forma corporal) pasará a formar parte de los gordos, los fuertes, los normales, los delgados, los muy delgados (Baile & González, 2013).

En cualquier caso, cualquiera de los estados corporales conlleva un efecto para la salud del individuo, siendo los más “peligrosos” y/o graves los extremos de delgadez y obesidad.

En cuanto a los factores psicológicos que entran en juego, en lo que se refiere a la alimentación, habrá que tener en cuenta el aprendizaje, la adquisición de hábitos y los elementos motivacionales.

En definitiva, el sobrepeso no deja de ser una alteración de la regulación de varios factores fisiológicos y psicológicos. En parte, algunos de los comportamientos alimenticios relacionados con la obesidad, se relacionan con un fallo al reconocer y responder a las señales del hambre y saciedad (el cerebro envía señales asociadas al hambre cuando detecta niveles de azúcar bajos en sangre). También son importantes las habilidades en la gestión de las emociones (principales instigadoras para el ser humano decida comer). En estos casos la comida suele utilizarse para bloquear una emoción negativa o incómoda como la ansiedad, el aburrimiento o la frustración por ejemplo. Y es que la comida provoca un sentimiento de bienestar que compensa el sentimiento negativo. Y por último, el propio malestar derivado de la propia dieta (consumo calórico reducido) y el aumento de la actividad física (Carrière et al., 2018).

Una de las consecuencias habituales de la obesidad es la falta de autoestima (María et al., 2014). Las personas con sobrepeso ven como disminuye calidad de vida y el hecho de no verse capaces de reducir su peso y su volumen corporal les hace tener una sensación de falta de capacidad de autocontrol. En la mayoría de los casos, la imagen corporal pasa a un primer plano, por encima de cualquier afectación física de salud.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA OBESIDAD

Durante muchos años las terapias que se han utilizado con los pacientes con obesidad o sobrepeso se han basado en la corriente cognitivo conductual. Este tipo de terapias, según los estudios sobre la eficacia de estas intervenciones, han demostrado ser eficaces en la consecución del objetivo específico de la pérdida de peso.

Las **TCC** nacen a partir de la fusión de las terapias conductistas y las que se derivan de la psicología cognitiva. Se centra en problemas y dificultades del aquí y ahora. En lugar de centrarse en las causas, busca mejorar el estado anímico en el presente (Lafuente, 2011).

Las terapias de primera generación (conductuales) son aquellas que tratan de abordar directamente el síntoma con especial atención a la conducta manifiesta, es decir, tratan de proponer un cambio directo en la conducta.

Las emociones y los pensamientos indeseados, serán uno de los factores principales de las terapias de segunda generación (cognitivo-conductuales). Éstas procuran modificar las cogniciones distorsionadas del individuo, que se consideran el origen del malestar y el sufrimiento psicológico, a través de la reestructuración cognitiva.

En palabras de Hayes (2004a, b, citado por Moreno, 2012) la tercera generación de terapias de conducta (TTG) se fundamentan en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje. Se considera especialmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Pretenden abandonar la lucha contra los síntomas y facilitar estrategias de cambio basadas en la experiencia. En cierta manera, las TTG reformulan y sintetizan las terapias cognitivas y conductuales previas. Las aportaciones de este tipo de terapias se basan en el abandono de la lucha contra los síntomas y en la búsqueda de la reorientación de la vida.

El *Mindfulness*, que es la acepción inglesa del concepto castellano de “atención plena”, puede ser considerada una de las herramientas utilizadas por las TTG, así como una terapia en sí misma (Terapia basada en el estar atento). Esta técnica implica que la persona se concentre en aquello que está realizando en cada momento, sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado.

La Terapia Gestalt (TG) se basa en tres principios teóricos: la experimentación del aquí y el ahora (que trabajaríamos con técnicas de *Mindfulness*), la toma de conciencia (para poder llegar a la autorrealización) y la responsabilidad (ser consciente de los propios actos y asumir las consecuencias de estos).

La TG es una terapia que pertenece a la corriente humanista y se caracteriza por focalizarse en el potencial humano. Pone énfasis en lo que está sucediendo, lo que se está pensando y lo que se está sintiendo en ese momento; dejando a un lado el pasado. Se trata de trabajar en el aquí y ahora. No es que no se tenga presente la historia de la persona, sino que esa historia se mira desde el presente, cómo se vive, cómo afectan, etc. los hechos pasados a día de hoy. La persona es quien es, entre otros, por lo que ha vivido.

La TG se centra en la importancia del “darse cuenta” (*awarness*). El cliente aprende a servirse de todos sus sentidos internos y externos, y llega así a ser auto-responsable, dándose auto-soporte. La TG toma en cuenta el campo bio-psicosocial en su totalidad, que incluye como parte básica la interacción organismo-ambiente, y utiliza variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y emocionales. En la TG no se utiliza la técnica de “hablar acerca de”, sino que se experimenta, se explora, para descubrir qué conducta es adecuada (Sassu, 2009).

## 3. Problema

Hoy en día, la obesidad se ha convertido en un grave problema para la salud pública y es necesario poner los medios necesarios para la prevención y para paliar sus efectos nocivos. Pero la pérdida de peso es difícil y mantenerse en el peso ideal, todavía lo es más. Por ello, no hay que centrarse sólo en la parte física del tratamiento de pérdida de peso, sino también en el cambio de comportamiento y de hábitos para poder conseguir un cambio estable y permanente en el tiempo.

En este sentido, es normal que las terapias más utilizadas sean las que siguen una visión cognitivo- conductual.

Pero partiendo de la base que hemos comentado anteriormente, que existe una relación directamente proporcional entre la alimentación y las emociones, considero necesario pararse a plantearse si una terapia basada en la razón como lo es la TCC puede ser la más adecuada para tratar un problema como es la obesidad.

En esta memoria, se pretende realizar una intervención en personas con obesidad o sobrepeso sin patología alimentaria. Es decir, que este sobrepeso no sea debido a un trastorno alimentario como pudiera ser Bulimia nerviosa, Trastorno por atracón, etc.

El hecho de que las emociones afectan de manera directa en la manera de cómo nos alimentamos es un hecho ampliamente estudiado. Así se han postulado hipótesis en cuanto a que las emociones, ya sean negativas o positivas, pueden provocar cambios en los hábitos de alimentación llevando a los individuos a una ingesta en exceso o por defecto.

Con esta intervención se pretende que el individuo sea consciente de su situación presente y se haga responsable de ella.

## 4. Objetivos y/o hipótesis

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, las preguntas que se desprenden son las siguientes: ¿Es eficaz la terapia Gestáltica para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso?, y ¿en qué grado en comparación con las TCC?

Por otro lado, ¿afecta positivamente a la pérdida de peso la práctica del *Mindfulness*?

Así pues los objetivos generales de este trabajo serán los siguientes:

* Comprobar la efectividad de una intervención basada en TG en casos de obesidad.
* Comparar los resultados de la TCC con los resultados de la TG, en una intervención teórica.
* Introducir la práctica de técnicas de *Mindfulness* en el grupo que recibirá la intervención basada en TG para comprobar su eficacia.

# 5. Propósito de la intervención

El presente trabajo pretende comprobar la eficacia de la terapia gestáltica en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. Además se valorará la posibilidad de que la introducción de técnicas *Midfulness* puedan favorecer la consecución de los objetivos propuestos.

Se pretende comparar los resultados de las terapias que se han utilizado históricamente (TCC) con los obtenidos con la TG.

La hipótesis inicial es que los resultados obtenidos con terapias humanistas (en concreto la Gestalt) tendrán un mejor resultado, entendido como una mayor reducción del IMC.

Se planteará una intervención en cuatro grupos homogéneos (en la medida de lo posible) en base al IMC. Cada uno de ellos recibirá un tipo de tratamiento para la obesidad y sobrepeso diferente. Se pretende comparar el resultado de cada uno de los grupos para evaluar la eficacia del tratamiento.

Se espera una mayor adherencia a la dieta y mayor efectividad (logro del objetivo establecido al inicio) en los dos grupos tratados con TG en comparación con las terapias cognitivo conductuales.

Se esperan limitaciones a la adherencia al tratamiento fruto de las resistencias de los pacientes, así como de las rutinas y hábitos poco saludables adquiridos a lo largo de los años.

A todos sujetos de los grupos se les facilitará una dieta personalizada según sus necesidades calóricas. Además los cuatro grupos recibirán información sobre hábitos saludables. De esta manera nos aseguramos de que todos los sujetos tengan la misma información para minimizar los posibles sesgos.

# 6. Método

## 6.1 Diseño de la intervención

Se ha considerado que para poder comprobar la eficacia del tratamiento, se realizará un estudio cuasi-experimental en cuatro grupos con diferentes tipos de intervención. Se llevaran a cabo pruebas pre-test y post-test para poder evaluar y comparar el resultado de cada una de las intervenciones.

En un primer momento se había planteado la opción de poder intervenir únicamente con TG y hacer la comparación con fuentes bibliográficas de resultados obtenidos con TCC en casos de obesidad. Finalmente se ha descartado esta opción, ya que consideramos de suma importancia poder asegurar que todos los grupos han tenido las mismas condiciones de partida en cuanto a conocimientos en nutrición saludable y seguimiento de una dieta hipocalórica personalizada realizada por un mismo especialista.

Los participantes se repartirán en los **cuatro grupos** de manera aleatoria. Cada grupo estará formado por **82 personas** (cuarenta y una de cada género) de edades similares.

Los grupos serán los siguientes:

Grupo 1: Dieta hipocalórica.

Grupo 2: Dieta hipocalórica y tratamiento según TCC (Anexo 7)

Grupo 3: Dieta hipocalórica y tratamiento según TG (Anexo 8)

Grupo 4: Dieta hipocalórica, tratamiento según TG y práctica de *Mindfulness*.

Cada uno de los grupos recibirá antes de empezar el tratamiento pautas sobre hábitos saludables, consejos sobre nutrición (alimentación saludable) y actividad física (**psicoeducación**). Así mismo, un experto en nutrición diseñará una **dieta personalizada** en función de sus necesidades y se le asignará **una hora de terapia semanal**. El tratamiento se llevará a cabo durante **seis meses**.

El **objetivo principal** de la intervención es comprobar la incidencia de los diferentes tratamientos en la pérdida de peso y la consecuencia emocional para el individuo. Para ello, las variables que se controlaran serán: el peso, el índice de masa corporal, el auto concepto y la imagen corporal. Así mismo se podrá evaluar si existen diferencias en función del género.

Se realizará una primera sesión (sesión 0) con cada uno de los participantes en la que se explicará detalladamente en qué consiste el tratamiento que va a llevar a cabo y qué conlleva conseguirlo (perspectiva de cambio). Se necesita el compromiso del paciente para completar con éxito los seis meses de terapia. Así mismo, se entregará el documento del **consentimiento informado** que será firmada por el especialista y el paciente. En este documento aparecerá información relativa al estudio que se va a realizar (naturaleza de la intervención, objetivos, beneficios esperados, posibles riesgos o efectos secundarios), fecha, los datos del paciente y del especialista y la firma de ambos.

En esa primera sesión también se informará al paciente que deberá rellenar un auto-registro semanal de peso, cada viernes por la mañana en ayunas. Se enseñará un ejemplo de auto-registro. Finalmente tomaran las medidas antropométricas. Se pesará (peso inicial) y se medirá a cada participante, con lo que calcularemos el IMC; se medirá el perímetro del pecho, cintura y caderas.

Por otra parte, existe una variable que podría considerarse como una variable contaminante. No podremos controlar la intensidad de la actividad física de todos los participantes. Por este motivo y para poder establecer posibles sesgos en la investigación, también se pedirá a los participantes que rellenen un auto-registro de actividad física semanal. La recomendación a todos los participantes será la práctica de 30 minutos de actividad física moderada durante 4 días a la semana ([anexo 11.5](#_11.5_Auto-registro_actividad)).

## 6.2 Participantes

Se plantea realizar el estudio en un **centro de atención primaria**. De esta manera, se seleccionaran pacientes diagnosticados con sobrepeso u obesidad a los que se les planteará la posibilidad de participar en el estudio.

Los profesionales del centro de atención primaria, derivaran a los pacientes interesados a la consulta (dentro del mismo centro) donde se revisará el caso y se administrará el **test EDI-3** para descartar posibles TCA, diferentes a la obesidad o sobrepeso en concreto. Es decir, se pretende descartar a los pacientes que presenten trastornos de la conducta alimentaria tales como Trastorno por atracón o TCANE.

Se seleccionaran **328 individuos** que se hayan interesado por el tratamiento[[1]](#footnote-1). En este caso, por el tipo de estudio que se realizará y la especificidad de las características de los participantes, se trata de una **muestra no aleatoria intencional**.

Estos individuos se repartirán, en este caso sí, de manera equitativa y aleatoria entre los cuatro grupos de intervención.

Los **criterios de inclusión** en el estudio, a parte del diagnóstico de obesidad o sobrepeso, serán:

* IMC entre 25 y 40. Se considera necesario la exclusión de las personas con un IMC superior a 40, obesidad mórbida y extrema.
* Edad entre 25 y 55 años.
* Nivel socioeconómico y cultural medio o alto.

El hecho de excluir a pacientes con obesidad mórbida es debido al propio hecho de considerarse la forma más grave de sobrepeso. En este momento el exceso de grasa se considera un peligro muy grave para la vida de la persona. Estos pacientes suelen ser derivados del centro de atención primaria a un especialista.

Así mismo se descartaran pacientes que hayan sido sometidos, o lo sean en breve, a una cirugía bariátrica.

Finalmente, también se descartaran aquellos pacientes que estén siguiendo o hayan seguido algún tipo de tratamiento psicológico para tratar la obesidad. Con esto se pretende que no haya posibles contaminaciones. La terapia recibida se podría considerar como variable extraña ya que podría interferir en la variable independiente (la terapia que se esté aplicando en este estudio a ese grupo). Además, en el caso que el paciente estuviera ya siguiendo otro tratamiento psicológico para el mismo diagnóstico, supondría un conflicto ético, según el artículo 27 del código deontológico de psicología.

Se ha considerado importante el hecho de que todos los grupos reciban la formación en hábitos saludables y una dieta personalizada para asegurar que todos los participantes recibirán algún beneficio en la intervención.

En cuanto al criterio sobre la edad, se ha considerado establecer el rango entre 25 y 55 años, al considerarse que los individuos tendrán situaciones similares en cuanto al ámbito laboral y familiar.

Una de las variables que se evaluará en los resultados será la diferencia entre hombres y mujeres. Se debe tener en cuenta que existe una diferencia en las causas (generales) por las que ambos acostumbran a llegar a la situación de sobrepeso. Mientras la mujer suele relacionar su aumento de peso (la ingesta desregulada) con factores emocionales, en el caso de los hombres esa suele ser debida a los tamaños de las raciones, al consumo de alcohol o a la vida social. En este estudio se han incluido tanto hombres como mujeres para poder evaluar la respuesta al tratamiento (Garaulet et al., 2008).

Otro de los criterios de inclusión es el nivel socioeconómico de los participantes. Se considera importante ya que, según publicó la OMS (2019) existe una relación entre el poder adquisitivo y la obesidad. Las personas de bajo poder adquisitivo presentan mayor índice de obesidad ya a que se alimentan peor y no cuidan de su salud como las personas de mayor poder adquisitivo. Por este motivo, se considera como criterio de inclusión y para que no haya posibles sesgos en los resultados, que los participantes tengan un nivel adquisitivo medio o superior.

## 6.3 Instrumentos

Antes de empezar el estudio, y con el objetivo de poder descartar aquellos pacientes que no cumplen los requisitos de inclusión en el estudio se realizará una

**entrevista inicial**.

Uno de los test administrados en esa visita de evaluación inicial, será el test **EDI-3.**

El Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 3 (EDI-3) es la tercera y última versión del inventario más utilizado para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Es una prueba de fácil aplicación que ofrece puntuaciones objetivas y perfiles de gran utilidad para el enfoque del caso y para la planificación del tratamiento de personas con sospecha o diagnóstico de TCA.

En esta misma sesión **se pesará y medirá** a los pacientes. Estos datos servirán como punto de partida. Se utilizará una báscula digital con altímetro integrado, de rango de pesaje hasta 200kg y sensibilidad de 100g. Con estos datos se podrá calcular el IMC del paciente.

El IMC “se trata de un instrumento del tipo de **índice antropométrico** que contempla dos variables: el peso y la estatura. El objetivo es conocer el rango de valor de ambas proporciones de un sujeto. Este es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad y también al bajo peso. Si bien puede administrarse en niños y adultos, algunos investigadores exponen controversias en su utilización en deportistas” (Malina y Bouchard, 1991; Martorell, 1985, citado por Losada & Marmo, 2013).

Tanto el peso, como el IMC son variables objetivas y medibles necesarias para poder valorar la efectividad de cualquier tipo de terapia en los casos de obesidad y sobrepeso.

Una vez los pacientes ya formen parte del estudio, algunos de los instrumentos que se utilizaran en la primera fase y al finalizar el tratamiento (para poder comparar los resultados obtenidos) serán:

* **Escala de la autoestima de Rosenberg** (Anexo 11.3)

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima, entendida como el sentimiento de satisfacción y de respeto hacia sí mismo.

Fue desarrollada por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima de adolescentes, pero se ha generalizado a adultos. Incluye diez ítems, cinco de los cuales están enunciados en positivo y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia (Vázquez et al., 2004).

* Escala de figuras para evaluar la insatisfacción corporal. **Escala de las Nueve Siluetas**. Stunkard, Sorensen y Schlusinger (1983). (Anexo 11.4)

Este instrumento permite medir la imagen corporal percibida por el paciente de manera fiable y sencilla. Se les presenta una imagen en la que aparecen nueve figuras (tanto masculinas como femeninas) y se pide al paciente que elija aquella que más se aproxima a su silueta y también la silueta a la que les gustaría parecerse. De esta manera, la discrepancia entre la imagen deseada y la actual, es interpretada como la insatisfacción con la imagen corporal.

Se considera que la imagen corporal es una de las variables que mayor incidencia tiene sobre la autoestima y el auto-concepto en personas con obesidad y, a su vez, en la angustia psicológica.

Para finalizar, se valora la opción de poder administrar un cuestionario a todos los pacientes en los que se puedan evaluar diferentes aspectos de la vida cotidiana. Por ejemplo, si han percibido algún cambio en sus relaciones sociales, mejora en la movilidad, dependencia a medicamentos (poder reducir o abandonar tratamientos farmacológicos sobre enfermedades relacionadas con el sobrepeso), entre otros. Aunque existe el cuestionario WHOQOL-BREF, se plantea la opción de realizar uno propio basado en éste.

De esta manera, una vez finalizada la intervención, se podrán repetir los test y comparar los resultados obtenidos, teniendo así una visión más completa del resultado de la intervención.

El objetivo de este estudio plantea la hipótesis de que los pacientes que reciban una intervención basada en los principios de la Terapia Gestalt (con o sin *Mindfulness*) obtendrán mejores resultados y con un mayor éxito de mantenimiento de los resultados en el tiempo (mayor efectividad), se prevé que los grupos que reciban este tipo de tratamiento obtendrán mejores resultados en cuanto a **mayor bajada de IMC** y mejora en los test administrados.

## 6.4 Procedimiento

Tal como se ha descrito anteriormente, los médicos del CAP derivaran a los pacientes diagnosticados con sobrepeso u obesidad, y que muestren interés por el estudio, a la consulta donde se realizará la primera recogida de datos.

Se elaborará una **ficha** de cada uno de los pacientes con la información necesaria para valorar su inclusión en el estudio. Toda esta información se guardará informáticamente en una base de datos que se utilizará exclusivamente para este estudio. Una vez que se recoja toda la información se podrá elaborar una tabla con los datos sociodemográficos (rango de edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, diagnóstico (tipo de obesidad)). A todos los pacientes se les dará a firmar un consentimiento de tratamiento de datos, según la LOPD.

Una vez tengamos el listado de todos los pacientes susceptibles de participar en el estudio haremos una selección en base a su nivel socio-económico y su edad. Para ellos ordenaremos a los pacientes bajo el criterio de edad en primer lugar y bajo el criterio del nivel socio-económico en segundo lugar. Con esto se pretende poder escoger a los **328 participantes representativos de la muestra** (escogiendo a los que más se aproximen a la normalidad).

Para poder llevar a cabo el estudio con éxito se necesita la participación de un mínimo de catorce profesionales: cuatro nutricionistas, cinco terapeutas expertos en TCC y cinco terapeutas expertos en TG y *Mindfulness*.

Las sesiones serán semanales para cada paciente, durante 6 meses. Esto supondrá un total de 24 sesiones para cada paciente de los tres primeros grupos. El cuarto grupo, recibirá además una sesión de *Mindfulness* cada dos semanas (12 sesiones de una hora en total). Las sesiones se repartirán en seis fases: Una primera fase introductoria de dos sesiones, cuatro fases intermedias de 4 sesiones individuales y 1 grupal y la fase final con dos sesiones de cierre.

Después de la entrevista clínica y la evaluación inicial, para asegurar que todos los asistentes tienen la misma información, se realizará una **sesión grupal** en la que se realizará **psicoeducación**. Es decir, se les facilitará información general sobre hábitos de vida saludables, así como también pautas básicas sobre alimentación. Un experto en nutrición hará una charla de aproximadamente una hora de duración y al finalizar se les entregará un dosier con los aspectos más importantes a tener en cuenta. Este dosier está elaborado por la Agencia de Salud Pública de Catalunya (2018)[[2]](#footnote-2).

Posteriormente, durante la **primera sesión** (ya de manera individual) se recogerán datos de carácter biográfico a través de una **entrevista** con el paciente. Estos datos serán de utilidad durante la intervención para conocer el entorno del sujeto y poder valorar aquellas variables externas que pudieran interferir durante la intervención. Se recogerán datos referentes al entorno familiar (relación con sus familiares), situación laboral, relaciones sociales, estilo de vida e historia de los tratamientos recibidos.

En esta primera sesión se explicará detalladamente en qué consistirá la terapia que le ha sido asignada, número de sesiones, periodicidad y compromiso con el estudio.

En esta misma sesión **se pesará y medirá** a los pacientes. Estos datos servirán como punto de partida. Se utilizará una báscula digital con altímetro integrado, de rango de pesaje hasta 200kg y sensibilidad de 100g. Con estos datos se podrá calcular el IMC del paciente.

En base a los datos recogidos (historial médico e IMC), se facilitará al paciente una **dieta personalizada**. Se revisará conjuntamente para poder aclarar posibles dudas.

Para finalizar la sesión, se explicará al paciente que será necesario rellenar un **auto-registro semanal de peso** (anexo 11.5)**.** Este registro lo deberá realizar siempre en las mismas condiciones: se establece para todos los participantes que se realice en la mañana del viernes y en ayunas.

En la **segunda sesión** se utilizaran los siguientes test psicométricos para evaluar el estado inicial del paciente. Se explicará al paciente cada una de las pruebas y se estima un descanso de 5 minutos entre cada una de ellas.

* Escala de la autoestima de Rosenberg.
* Escala de figuras para evaluar la insatisfacción corporal. Escala de las Nueve Siluetas. Stunkard, Sorensen y Schlusinger (1983).

En **penúltima sesión** se recogerán los datos finales (peso e IMC) para poder realizar los informes correspondientes. De esta manera la **última sesión** se reservará para la explicación de los resultados del estudio.

Tal como se ha comentado todos los grupos recibirán sesiones individuales y sesiones grupales.

En cuanto a los pacientes que recibirán el tratamiento desde el paradigma **cognitivo conductual**, las **acciones grupales** se basará en el programa de intervención grupal de Vera y Fernández (1998). Aunque tiene una duración prevista de 12 sesiones, se adaptará a las cuatro previstas.

Los objetivos de las sesiones serán:

* Primera sesión: conocimiento de los miembros del grupo entre sí, creación de un buen vínculo, motivación de los participantes, información acerca del problema de la obesidad, etc.
* Segunda sesión: comenzar a evaluar la motivación para perder peso, evaluar el análisis funcional del problema y evaluar al compañero.
* Tercera sesión: analizar los principales pensamientos negativos y realizar un contrato conductual.
* Cuarta sesión: Aprender a romper cadenas conductuales y cierre de las sesiones grupales.

En las diferentes **sesiones individuales de la TCC** se tratará el cambio de la conducta, la motivación, la reestructuración del pensamiento, entre otras. Todas estas pautas se trabajaran en las sesiones individuales con diferentes actividades y se reforzaran en las sesiones grupales. Así mismo, será necesario trabajar la anticipación a los resultados negativos y la manera de afrontar la frustración por no conseguir los resultados esperados. Finalmente también se trabajaran herramientas para que los participantes puedan utilizarlas una vez acabe la intervención y les resulte más fácil poder mantener los resultados en el tiempo.

La **intervención en TG** se estructurará en 24 sesiones también. Será una intervención eminentemente experiencial y es que, tal como Laura Perls la describió la Gestalt es “experiencial, vivencial y experimental”. Uno de los objetivos principales de la terapia será la atención plena al cuerpo con prácticas sobre la conciencia corporal. A través de técnicas como el movimiento dirigido, movimiento expresivo o la conciencia inmediata, los pacientes trabajaran el poder ser más conscientes de sí mismos, de los cambios que han sufrido ellos mismos y su entorno. Otra de las técnicas que se utilizaran, es la técnica directa de la Gestalt, es la técnica de la “silla vacía”. En este caso el paciente hablará con su propio cuerpo para poder ser consciente de cómo se siente.

En las sesiones de **grupales**, se trabajará la necesidad de prestar atención a la experiencia, conciencia del grupo y de la individualidad, importancia de las relaciones entre los miembros del grupo (presencia de límites). Algunas de las técnicas que se utilizaran serán: Rondas grupales, juegos de acercamiento y distanciamiento, fantasías dirigidas, entre otras.

Finalmente, el último grupo practicará además ***Mindfulness***. El *Mindfulness* se puede traducir al español como “conciencia plena” o “atención plena”. Las técnicas de *Mindfulness* se están aplicando ya en psicología y se consideran herramientas a tener en cuenta para el tratamiento de la depresión, ansiedad y estrés; pero también se utilizan en la rama de la psicología positiva. Dentro del campo de la psicología, se considera que cuando el individuo está en un estado de atención plena, los pensamientos y emociones difíciles impactan menos y tienen menor influencia sobre sus comportamientos (Esgueva, 2016). La conciencia preside todas nuestras acciones, pensamientos y sentimientos. En el caso de la comida, así debería ser también, pero muchas veces los individuos comen de manera incontrolada (o inconsciente). Además, una de las consecuencias de ese comer de manera incontrolada suele ser un sentimiento de culpabilidad y arrepentimiento. Uno de los objetivos que se pretende con la práctica del *Mindfulness*, será ese “poner conciencia” en cada una de las comidas para que el paciente pueda controlar lo que come, cómo lo come, cuándo lo come. Durante las doce sesiones, se irán trabajando diferentes técnicas de conciencia. El terapeuta llevará a cabo meditaciones guiadas con diferentes objetivos diarios: técnica bocados conscientes, técnica despierta los sentidos, técnica observación de la mente hambrienta y la mente saciada, técnica crear nuevos hábitos de alimentación, entre otras (Albers, 2019).

# 7. Resultados

El objetivo principal de este estudio es valorar la eficacia de la TG en comparación con la TCC. Por tanto, los datos que nos facilitaran esta información serán datos puramente cuantitativos.

Sin embargo, al finalizar el estudio se realizaran análisis de datos cuantitativos y cualitativos para poder obtener el máximo de información posible. Es importante tener en cuenta que tanto los datos cuantitativos como los datos cualitativos nos facilitan información complementaria que nos darán una visión global de la intervención.

En este sentido, para poder obtener información relativa a los participantes, se realizaran diferentes tipos de **entrevistas**. Tanto durante la entrevista inicial como las entrevistas que se realizaran a lo largo de la intervención, se recogerán datos sociodemográficos, biométricos, psicológicos, etc. Todos estos **datos podrán ser representados mediante un diagrama de barras.**

Los datos que se representaran en dicho gráfico serán los siguientes:

Gráficos iniciales: rango de edad / IMC, nivel socio-económico / IMC, estado emocional / IMC.

Gráficos finales: rango de edad / IMC perdido, nivel socio-económico / IMC perdido, estado emocional / IMC perdido.

Así mismo, al finalizar el estudio también se realizaran entrevistas en las que se pretende recoger las sensaciones del paciente, las emociones que ha sentido durante todo el tratamiento, las dificultades que ha podido encontrar, etc. Todas estas entrevistas pertenecen al ámbito de la recogida de datos cualitativo. Y aunque no nos facilita información específica para validar nuestra hipótesis, creo que la recogida de datos cualitativos es lo suficientemente importante como para tenerla en cuenta y que quede recogida en el estudio.

También se planteará a todos los participantes que lo deseen que puedan entregar una **historia de vida** por escrito de los seis meses de terapia.

La asociación de variables cualitativas se evaluará con el test de la Chi cuadrado. Se consideraron significativas las diferencias cuya probabilidad fue inferior al 5% (p<0,05).

En cualquier caso, tal como hemos comentado, el análisis de datos que nos facilitará información sobre la efectividad de la terapia Gestalt, y en definitiva, validará la hipótesis inicial de nuestro estudio será el **análisis de datos cuantitativo**. En concreto, los datos que analizaremos serán los relativos a la variable del valor del IMC (variable dependiente) en relación al tipo de terapia aplicada al grupo (variable independiente).

El motivo por el cual se utilizará el IMC es porque se podrá relativizar a toda la muestra. En cambio realizar la comparativa con el peso absoluto, no sería representativo ya que cada individuo tiene una constitución física diferente.

Una vez obtenidos los resultados se comprobará la distribución de los mismos con el fin de comprobar si obedecen a una distribución normal. Este dato será necesario para poder elegir el tipo de prueba estadística que aplicaremos para comprar los resultados obtenidos. En este caso, estaremos comparando parámetros físicos, por lo que se espera una distribución normal.

En este supuesto, la significación estadística de la diferencia de IMC será comprobada mediante la prueba estadística llamada **análisis de varianza (ANOVA) unifactorial**. Elegimos esta prueba ya que es la que se suele utilizar cuando se quieren comparar las medianas de más de dos grupos de sujetos diferentes, para comprobar la eficacia o el efecto de diversos tratamientos (Cosculluela, Fornieles, & Turbany, 2016). Es decir, nos dará información sobre la diferencia entre las medidas de la variable dependiente (IMC) en relación a los diferentes grupos (variable independiente).

Se debe tener en cuenta que para poder aplicar esta prueba se deben cumplir los siguientes requisitos,

* Las observaciones tienen que ser independientes.
* Normalidad de la distribución de la variable estudiada (se comprobará con el test Shapiro-Wilk).
* Homocedasticidad de las varianzas.
* Supuesto de medida, es decir, que la variable dependiente estudiada esté medida al menos con una escala de intervalo.

Con esta prueba podremos saber si existen diferencias entre los grupos (diferencia de resultados entre las diferentes terapias aplicadas), pero para poder especificar los grupos que son diferentes, realizaremos pruebas *post hoc*. Este tipo de pruebas únicamente se llevan a cabo cuando un resultado del ANOVA de una vía es estadísticamente significativo, que es el resultado esperado según la hipótesis inicial de este trabajo.

Una vez obtenidos todos los resultados, se representaran mediante un gráfico para facilitar la interpretación de los mismos. Para ello se utilizará un gráfico de medias con desviación estándar. Será necesario presentar los intervalos de error para la media de cada grupo.

Si, en cambio, alguno de los grupos no sigue una distribución normal, se debería aplicar el test de Mann Whitney y Kruskal-Wallis (Arrebola et al., 2013), pero no es el resultado esperado.

# 8. Conclusiones

En el caso de nuestro estudio se hace un planteamiento para que todos los participantes obtengan un beneficio en mayor o menor medida. Es decir que no se ha contemplado ningún grupo que no recibiera ningún tipo de tratamiento. De esta manera nos aseguramos, que todos ellos tengan la oportunidad de mejorar su salud con ayuda profesional.

La hipótesis planteada apunta a que los grupos que recibirán el tratamiento con terapia basada en Gestalt obtendrán mejores resultados que los grupos que recibirán únicamente una dieta y dieta más tratamiento basado en la terapia CC.

Si nos basamos en los estudios de eficacia publicados, éstos apuntan que la terapia más eficaz para tratar la obesidad y el sobrepeso es la TCC, pero con este trabajo lo que se pretende precisamente es poder demostrar la eficacia de otras terapias, en este caso la TG en casos de obesidad y sobrepeso.

Así pues, si los resultados obtenidos avalaran la hipótesis inicial se podría inferir la importancia de tener en cuenta las emociones y la conciencia del “aquí y el ahora” en los tratamientos contra la obesidad y el sobrepeso. Además se podría plantear un estudio posterior con este mismo grupo para poder evaluar la eficacia de las terapias una vez abandonado el tratamiento. Por ejemplo, una vez acabada la intervención se podría citar a los mismos participantes seis meses después para recoger datos antropométricos y un test sobre hábitos saludables; para poder compararlos con los resultados finales de la intervención. De esta manera se podría comprobar qué terapia ha prevalecido más.

Además, en el caso de que la hipótesis planteada fuera confirmada, se podría plantear el hecho de poder realizar un estudio con una muestra mayor y más representativa para poder validar la eficacia de la TG en casos de obesidad y sobrepeso.

Por otra parte, existiría la posibilidad de que la hipótesis planteada no fuera refutada por los resultados y que éstos demostraran que la terapia más eficaz es la TCC. En ese caso, se tendrían que valorar las posibles causas. En cualquier caso, según los estudios bibliográficos ya realizados, el resultado de que la hipótesis planteada no sea la correcta es la más probable.

# 9. Discusión

Cuando planteé este estudio no era consciente de la magnitud del mismo y menos aún de la gran cantidad de información y desinformación que se encuentra.

En un primer momento, el trabajo se reducía a la comparativa entre las TCC y la TG. Consideré la posibilidad de realizar únicamente la intervención gestáltica por una parte y gestáltica más la práctica de *Mindfulness* por otra; y comparar los resultados con aquellos resultados de las TCC y de dietas hipocalóricas encontrados a nivel bibliográfico. Pero me di cuenta de que, de esa manera, no podría asegurar que las condiciones de los pacientes fueran las mismas, así que eso supuso ampliar dos grupos más. Creo que esta decisión fue acertada ya que aporta validez a los resultados en cuanto a que todos los grupos parten de los mismos conocimientos y tendrán una dieta personalizada elaborada por el mismo experto en nutrición, es decir, con los mismos criterios nutricionales (aporte calórico, etc).

Después de las diferentes fuentes de información que he podido leer, considero que cualquier terapia puede ser válida para tratar la obesidad pero que dependerá siempre del paciente. De las TCC está demostrada su eficacia, pero hay un gran número de pacientes que no les funciona y, con toda seguridad, a esos pacientes les podrá funcionar una TG. Aunque está demostrado que algunas terapias tienen mayor eficacia que otras en algunos trastornos en concreto, el hecho de que la obesidad abarque tantos factores la hacen difícil de encasillar en una terapia en concreto. Es por esto que creo que una terapia como la Gestalt que se centra más en el paciente que en la conducta puede ser muy beneficiosa a largo plazo. Esto es, si tenemos en cuenta que el consumo incontrolado de alimentos no es la causa de la obesidad (o de otro TCA), sino el resultado de la relación entre la mente y el cuerpo.

Es importante destacar que existen muchos estudios de efectividad de la TCC y no tanto así de la TG. Por este motivo, creo que es necesario resaltar la importancia de llevar a cabo estudios científicos que puedan avalar la efectividad de terapias como la TG, del mismo modo que se llevaron a cabo en su momento con la TCC. Si bien es cierto que la efectividad de la TCC ha sido ampliamente demostrada y estudiada, es necesario poder comprobar y comparar la efectividad de dichas terapias. Estoy plenamente convencida de que las necesidades de las personas evolucionan y cambian y en ese cambio está la necesidad de poder aplicar otro tipo de terapias. En este trabajo hemos hablado superficialmente de las TTG, y creo firmemente que esto no es más que un indicio de ese cambio.

Las terapias humanistas y, en este caso, la TG no deben quedar relegadas a un segundo plano sólo por el hecho de que ya se ha demostrado la eficacia de otra terapia.

Por otra parte, considero que sería muy interesante poder realizar un estudio y/o una intervención en base a las emociones y al cambio que éstas sufren durante cualquier tratamiento para la obesidad o sobrepeso, pero soy consciente de la complejidad del mismo.

# 10. Referencias bibliográficas

Albers, S. (2019). *Mindfulness y alimentación* (1st ed.). Barcelona: Editorial Planeta.

Arrebola Vivas, E., Gómez-Candela, C., Fernández Fernández, C., Bermejo López, L., & Kohen, V. L. (2013). Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida. *Nutricion Hospitalaria*, *28*(1), 137–141. https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6012

Baile, J. I., & González, M. J. (2013). *Intervención psicológica en obesidad* (1st ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.

Carrière, K., Khoury, B., Günak, M. M., & Knäuper, B. (2018). Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *19*(2), 164–177. https://doi.org/10.1111/obr.12623

Cosculluela, A., Fornieles, A., & Turbany, J. (2016). Contrastos d’hipòtesis per a una mostra independent o més. *Tècniques d’anàlisi de Dades Quantitatives*.

Esgueva, M. (2016). *Mindfulness. Una guía práctica* (1st ed.). Barcelona: Editorial Planeta.

Garaulet, M., Puy, M., Pérez Llamas, F., Cuadrado, C., & Leis, R. (2008). Revisión Obesidad y ciclos de vida del adulto. *Moreno Rev Esp Nutr Comunitaria*, *14*(3), 150–155. Retrieved from http://www.fesnad.org/resources/files/Publicaciones/RevNutCom/3.pdf

Internacional, R. (2012). TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES DE TERCERA GENERACIÓN (TTG): LA ATENCIÓN PLENA / MINDFULNESS Dra. Ana Moreno Coutiño 1. *Instituto de La Familia Guatemala*, *12*(1), 1–18.

Lafuente, M. D. (2011). Tratamiento Cognitivo Conductual De La Obesidad Cognitive Behavioural Therapy for Obesity. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, *14*, 1490–1504. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2869.2010.00868.x

Losada, A. V., & Marmo, J. (2013). Herramientas de Evaluacion En Trastornos de La Conducta. *Editorial Académica Española*, 73. Retrieved from https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/14

María, A., Sánchez, A., Benavides, E. G., Teresa, M., & Ramírez, G. (2014). Alcia María Alvarado Sánchez , Evelyn Guzmán Benavides , Mónica Teresa González Ramírez, (January 2005).

Morande, G., Graell M., Blanco, M. A. (2014). *Trastornos de la conducta Alimentaria y Obesidad* (1st ed.). Madrid: PANAMERICANA, EDITORIAL MEDICA.

Sassu, G. (2009). *Introduccion a la Terapia Gestalt y Sus Aplicaciones = Introduction to Gestalt Therapy and Its Applications*. Lulu.com. Retrieved from https://books.google.es/books?id=IGUfAwAAQBAJ

Tamayo, D. y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, *6*(1), 91–112.

Vázquez Morejón, A., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, *22*(2), 247–256.

# 11. Anexos

## 11.1 Calendario de trabajo



## 11.2 Cálculo muestral

La intención es realizar el estudio en el Centro de Atención Primaria del Barrio de Los Molinos de Mataró.

Para poder realizar el cálculo muestral se tomó en consideración que el tamaño de la población que se visita en dicho CAP es de 5.884 personas (2019)[[3]](#footnote-3). Por otra parte, se tuvo en cuenta que la prevalencia de la obesidad en Cataluña es del 48,5% (2014)[[4]](#footnote-4). Con estos datos, deberíamos considerar una muestra de 2.099 personas.

Por lo que los datos para realizar el cálculo serán:

Tamaño de la muestra: 2.099 personas.

Nivel de confianza: 95%

Margen de error: 5

El resultado es de: 328 personas.

Teniendo en cuenta que tenemos cuatro grupos de intervención dividiremos los participantes en 82 personas por grupo.

## 11.3 Escala de autoestima de Rosemberg



## 11.4 Escala de las nueve figuras



## 11.5 Auto-registro peso



## 11.6 Auto-registro actividad física



## 11.7 Sesión TG – Técnica de la silla vacía

Esquema general de las sesiones

1. Saludo y bienvenida
2. Mediciones y peso
3. Etapa pre-diálogo
4. Etapa de activación
5. Expresión
6. Conclusión
7. Post-diálogo

SESIÓN EJEMPLO – TÉCNICA DE LA SILLA VACÍA

La técnica de la silla vacía es uno de los experimentos más conocidos de la TG.

El esquema básico consiste en dos sillas (o cojines) dispuestos uno delante del otro. El paciente irá ocupando una y otra de forma alterna a la vez que simulará un diálogo (diálogo gestáltico) con “aquello” que se encuentra en la otra silla.

Existen dos variantes de este diálogo gestáltico: *juego de diálogo y juego de los asuntos pendientes*.

En este caso se utilizará el *juego de diálogo*.

Con esta técnica se trabajan conflictos interpersonales, dos aspectos propios o dos partes donde el cliente se encuentra bloqueado. En este caso se pretende trabajar la lucha con uno mismo y con el cuerpo. Esta lucha se equipara a la que Perls llamaba “el perro de arriba y el perro de abajo”, una lucha en la que existe una parte que tortura y una parte torturada.

El esquema de trabajo se inicia colocando las sillas y ayudando al paciente a identificarse plenamente con cada una de las facetas que representan. Una de las sillas representa al cuerpo del sujeto y la otra al propio sujeto. De esta manera el sujeto hablaría con su propio cuerpo para dejar que esa “parte” pueda expresar claramente cómo se siente, los deseos, sentimientos, pensamientos, etc. Cuando se ha podido expresar todo lo necesario, se pide a la persona que ocupe esa silla y pueda responder desde la parte enfrentada, guiando la alternancia de asientos e identificación como si se tratase de un diálogo entre dos sujetos diferentes que tienes intereses enfrentados.

El objetivo es que la persona viva intensamente la lucha y pueda llegar a algún acuerdo productivo a través del diálogo, teniendo en cuenta las dos partes, sin anular ninguna de ellas.

## 11.8 Sesión TCC – Reestructuración cognitiva

Esquema general de las sesiones

1. Saludo y bienvenida
2. Mediciones y peso
3. Repaso de lo realizado en las sesiones anteriores (objetivos propuestos y conseguidos).
4. Análisis de los posibles fallos cometidos.
5. Explicación y práctica de la técnica específica de la sesión.
6. Elaboración del plan de trabajo semanal (hasta la siguiente sesión).
7. Despedida

SESIÓN EJEMPLO – REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Para Beck, la base del comportamiento alterado, sobre todo en los trastornos emocionales, se encuentra en las distorsiones cognitivas, que se manifiestan por pensamientos automáticos inadecuados. Dichos pensamientos se construyen a partir de esquemas cognitivos del sujeto, innatos y/o aprendidos, apoyados en creencias y supuestos. Así pues el terapeuta busca cambiar esos pensamientos automáticos y hacer consciente al paciente de los mismos para poder cambiarlos.

Por ejemplo, en el momento que el paciente tenga alguna recaída o alguna semana no sea capaz de seguir la dieta establecida podría pensar que “nunca será capaz de hacer la dieta y por tanto nunca será capaz de perder peso”. Este tipo de error cognitivo se enmarca dentro del tipo “pensamiento polarizado”.

En este caso, el terapeuta trabajará con el paciente para conseguir la identificación del pensamiento distorsionado y en una reestructuración cognitiva posterior. Así pues, durante la sesión, dichas ideas serán analizadas, criticadas, contrastadas y sustituidas por sistemas de procesamiento de la información más saludables (Baile, 2013).

1. Para calcular el número de individuos necesarios para la intervención se ha realizado un cálculo muestral basado en el número de pacientes que se visitan en el Centro de atención primaria del barrio de los Molinos de Mataró (ver Anexo 11.2) [↑](#footnote-ref-1)
2. http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\_salut/alimentacio\_saludable/02Publicacions/pub\_alim\_salu\_tothom/Petits-canvis/La-guia-peq-cambios-castella.pdf [↑](#footnote-ref-2)
3. Datos recogidos de *Estudi de la población de Mataró, 1 de gener 2019.* Elaborat pel Servei d’Estratègia i Governança de l’Ajuntament de Mataró. [↑](#footnote-ref-3)
4. Los datos para este cálculo han sido recuperados del Observatorio de Sistema de Salud de Catalunya, en su versión digital en la página web de la Generalitat de Catalunya (<http://observatorisalut.gencat.cat/es/detalls/article/01_IND_prevalenca_exces_pes_adults>) [↑](#footnote-ref-4)