

# **La importancia de la investigación empírica en terapia gestalt: propuesta de un ensayo controlado aleatorizado para evaluar su efectividad**

**Cristina Expósito-Álvarez**

## **Resumen**

El presente trabajo describe la necesidad de realizar investigaciones empíricas sobre la efectividad de la terapia gestalt en respuesta al cuestionamiento que se hace sobre esta y a la falta de estudios que evalúan sus resultados. Se llevó a cabo una revisión literaria que recoge los estudios que evalúan la efectividad de la gestalt. Los resultados mostraron que la terapia gestalt es efectiva para reducir la depresión, la ansiedad y mejorar el autoconocimiento, entre otros. Diversos estudios compararon la efectividad de la terapia gestalt con otros enfoques (e.g., cognitivo-conductual), encontrando resultados positivos en ambos enfoques. No se encontraron diferencias significativas en la efectividad entre los diferentes enfoques terapéuticos. Sin embargo, es necesario realizar más estudios que evalúen la efectividad de la gestalt. Además, este trabajo reflexiona sobre los retos para realizar investigaciones en gestalt, y presenta una propuesta de Ensayo Controlado Aleatorizado para evaluar la efectividad de la terapia gestalt en comparación con la cognitivo-conductual en variables cuantitativas y cualitativas relacionadas tanto con la reducción de síntoma, como con otros aspectos trabajados desde la gestalt, como la autenticidad, el darse cuenta, y el vínculo terapéutico. Se discuten las futuras direcciones para incorporar la investigación en la práctica clínica gestáltica.

**Palabras clave:** terapia gestalt, investigación, efectividad, ensayo controlado aleatorizado.

## **La terapia gestalt: fundamentos y necesidad de evaluación**

De todas las definiciones de psicoterapia que he conocido en mi vida, sin duda, la que más me ha llegado ha sido aquella que entiende la psicoterapia como una mezcla de arte, ciencia, y humanidad (Yalom, 2011). La terapia gestalt, que surge precisa-

mente de la corriente de psicoterapia humanista, utiliza un enfoque fenomenológico y holístico para enfocarse en la experiencia subjetiva de las personas y en el «aquí y ahora», y facilitar que las personas sean conscientes de sus estados emocionales, necesidades y deseos, se responsabilicen de ellos mismo y vivan una vida en línea con sus valores (From, 1974; Perls *et al.*, 1951).

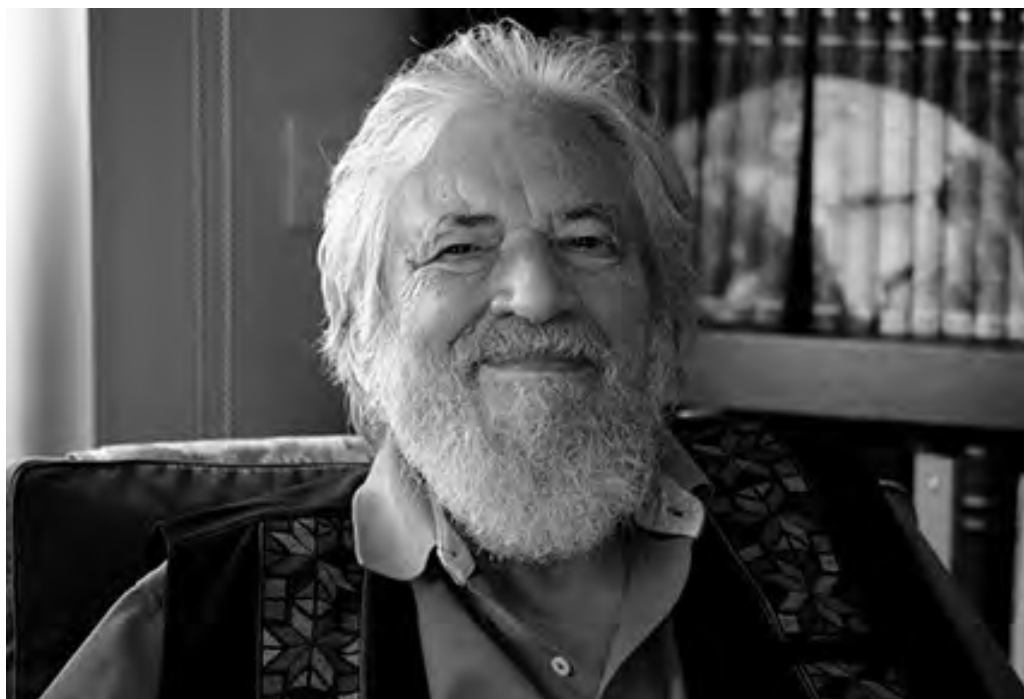
Ginger (2005) calificaba a la terapia gestalt como el arte del contacto. Sabemos que el arte o la habilidad de hacer psicoterapia, conectar con uno/a mismo/a y con el otro atender al vínculo terapéutico y a la experiencia subjetiva presente del paciente son claves para el buen desarrollo de un proceso terapéutico. Sin embargo, ese convencimiento de que la psicoterapia está funcionando, en el mejor de los casos, puede nacer de la percepción de mejora en el paciente (percepción del terapeuta, del paciente y de su círculo) y en el peor, ser un mero producto del propio narcisismo del terapeuta. Necesitamos, por tanto, estudiar su efectividad con herramientas validadas e investigaciones rigurosas que no dejen la efectividad de la gestalt a merced de quien opine sobre ella. No obstante, la naturaleza subjetiva del enfoque gestáltico y su énfasis en el trabajo experiencial dificultan la tarea de investigar sobre su efectividad. Esto, sumado a su tradición cercana al psicoanálisis, ha sembrado y siembra dudas sobre su efectividad. Tanto es así que la asociación para proteger al enfermo de terapias pseudocientíficas (APETP) incluye a la «terapia gestalt o humanista» en su lista de terapias pseudocientíficas (APETP, 2020). Además de cuestionar y negar su efectividad, propaga una serie de ideas contrarias a la naturaleza del propio enfoque como, por ejemplo:

La gestalt promueve el abandono de las responsabilidades, cargando la culpa de los problemas de sus clientes en los demás, especialmente en sus familiares y amigos, generando así una actitud egoísta, egocéntrica y de aislamiento. Este efecto ha sido ampliamente documentado, y puede considerarse muy peligroso (APEPT, 2023).

Los pilares de la gestalt, sin embargo, son la responsabilidad, la autenticidad, el aquí y el ahora, y el *darse cuenta* (Naranjo, 1990). La distancia entre lo que afirma la asociación y los propios principios de la terapia gestalt me llevan a reflexionar sobre el hecho de que la investigación no es solo útil para evaluar la efectividad de un tratamiento, sino para establecer sus principios, describir sus valores y exponer las formas concretas de hacer terapia. Mientras no hagamos ciencia, los organismos privados y también los públicos mantendrán a la terapia gestalt en su lista negra de pseudoterapias.

## **Pero ¿qué es exactamente la pseudoterapia?**

Según el Observatorio de la Organización Médica Colegial de España (OMC) contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias, la pseudoterapia



*Claudio Naranjo, pionero y referente de la gestalt. Foto: Raquel Dias*

se refiere a prácticas que se presentan como terapias legítimas, pero carecen de evidencia científica para respaldar su eficacia. Dicho observatorio da cuenta de una serie de consideraciones previas (OMC, 2023):

- La falta de evidencia científica no implica que todas las pseudoterapias sean necesariamente malintencionadas o dañinas, ya que algunas pueden ser campos legítimos de estudio que aún no han sido suficientemente probados. Sin embargo, puede ser peligroso presentarlas a la sociedad como ya validadas.
- Un aspecto importante de la pseudoterapia es que una técnica o terapia que puede ser legítima y efectiva en un área específica de la medicina o la salud puede convertirse en una pseudoterapia cuando se aplica a condiciones para las cuales no tiene evidencia sólida de eficacia. Por ejemplo, la radioterapia está respaldada por la ciencia en el tratamiento del cáncer, pero sería pseudoterapia en el tratamiento del Alzheimer.
- Algunas pseudoterapias se basan en el efecto placebo y en crear un ambiente relajante para generar mejoras percibidas. La deontología sostiene que, si bien el efecto placebo puede dar buenos resultados, no es ético hacerlo de manera no informada. Aunque algunas prácticas pueden generar bienestar, su práctica no tiene por qué implicar un efecto curativo. Por ello, es importante investigar para qué y para quién es efectiva una práctica concreta.

- Existe un claro abuso del lexema *terapia* para referirse a prácticas que pueden generar bienestar momentáneamente o reducir la ansiedad.
- Varias técnicas pueden ser utilizadas como gancho por movimientos de tipo secundario.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el Ministerio de Ciencia e Innovación Tecnológica, en su «Plan para la protección de la salud frente a pseudoterapias» ha presentado un resumen sobre las conclusiones del informe preliminar publicado en 2019 sobre las técnicas con pretendida finalidad sanitaria, y ha incluido la gestalt entre las «terapias aún en evaluación». En el plan se incluyen varias líneas de actuación. La línea (3), por ejemplo, postula: «garantizar que todas las actividades sanitarias se realizan por profesionales que dispongan de la titulación oficialmente reconocida y eliminar de los centros sanitarios las pseudoterapias» (p. 11). Este plan forma parte de la estrategia desarrollada por el Gobierno de España llamada *CoN-prueba* (Ministerio de Ciencia e innovación y Ministerio de Sanidad, 2020), que abarca las acciones frente a las pseudociencias y las pseudoterapias en España y cuyo lema es: «No te la juegues, coNprueba».

Si queremos incluir la terapia gestalt o, al menos, el enfoque humanista ajustado a las condiciones en las que se da la terapia en el ámbito público en los centros sanitarios será necesario aportar estudios que avalen la efectividad de esta práctica terapéutica. En esta línea, y respondiendo al Plan del Ministerio de Sanidad en el que se incluye a la gestalt como práctica en evaluación, la Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG) ha presentado una revisión sistemática que recoge los diferentes estudios llevados a cabo hasta la fecha en los que se evalúa la efectividad de la terapia gestalt (López-González *et al.*, 2019).

## ¿Qué evidencia existe sobre la efectividad de la terapia gestalt?

Raffagnino *et al.* (2019) llevaron a cabo una revisión sistemática sobre la efectividad de la terapia gestalt. Las conclusiones de los 11 estudios incluidos en la revisión apuntaban a mejoras conductuales en aquellos grupos en los que se había aplicado la psicoterapia gestalt, no solo para trabajar con poblaciones clínicas que presentan algún tipo de trastorno, sino también con personas con otros tipos de problemáticas, como problemáticas sociales. En concreto, la terapia gestalt se ha visto efectiva para incrementar el sentimiento de autoeficacia en mujeres en procesos de divorcio (Saadati y Lashani, 2013), facilitar la conexión con emociones positivas y de felicidad en personas de la tercera edad (Saadati *et al.*, 2013), mejorar la depresión diferenciación, y el autoconocimiento en este colectivo (Shariat *et al.*, 2020) y disminuir la ansiedad ante los exámenes en niños y niñas que acuden al colegio (Hajihassani *et al.*, 2012). Además, en un estudio llevado a cabo para examinar el impacto de la terapia gestalt en padres ansiosos en Hong Kong se mostró que, el grupo intervención, tras

cuatro semanas de tratamiento, presentaron menores niveles de ansiedad, menos experiencias internas de evitación y más amabilidad hacia ellos mismos en comparación con el grupo control. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre grupos en cuanto a los niveles de juicio hacia ellos mismos (Leung y Khor, 2017). La terapia gestalt también se mostró efectiva para reducir los niveles de dependencia al alcohol en una muestra de adultos (Rajeswari, 2016). Otro estudio llevado a cabo en 2017 mostró que la terapia gestalt, en comparación con el tratamiento para adicciones a las drogas, mostraba un mayor impacto en la reducción de la depresión en una muestra de mujeres deprimidas (Heidari *et al.*, 2017).

Otros estudios y revisiones no han encontrado diferencias significativas entre diferentes enfoques psicoterapéuticos. Por ejemplo, la revisión de Cuijpers *et al.* (2008) observó que no había diferencias significativas entre los enfoques cognitivo-conductuales, psicodinámicos o interpersonales para el tratamiento de la depresión leve y moderada. De manera similar, Stevens *et al.* (2011) encontraron que no había diferencias en la efectividad entre la terapia gestalt y la terapia cognitivo-conductual, la centrada en la persona o la psicodinámica tras analizar los datos de una serie de estudios llevados a cabo en Reino Unido. Un estudio llevado a cabo por Mokrivala *et al.* (2022) comparó la efectividad entre la terapia gestalt y la combinación de terapia gestalt y terapia cognitivo conductual en la esperanza y la intensidad del dolor en mujeres con cáncer de mama. Los resultados indicaron que ambos enfoques mejoraban la esperanza y reducían las puntuaciones en intensidad del dolor. Sin embargo, la combinación de los dos enfoques resultaba más efectiva que la terapia gestalt por sí sola. Otro estudio también mostró que la terapia gestalt, en conjunto con otros tipos de tratamientos, mejoraba los síntomas de estrés postraumático (Nazari *et al.*, 2014). Además, en un estudio comparando la terapia gestalt y la terapia cognitivo-conductual en mujeres universitarias se descubrió que los grupos de ambos enfoques terapéuticos reducían la frecuencia de migrañas, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos (Sepehrian-Azar *et al.*, 2013).

Mientras que los estudios anteriormente expuestos arrojan resultados prometedores en cuanto a la efectividad de la terapia gestalt para la mejora del bienestar emocional y la adquisición de consciencia en varias poblaciones, las investigaciones continúan siendo muy escasas, especialmente cuando se trata de investigaciones publicadas en revistas de impacto indexadas. Por ejemplo, la revisión sistemática llevada a cabo por Raffagnino *et al.* (2019) fue publicada en una revista que no se encuentra indexada y, por tanto, no tiene el reconocimiento académico adecuado para que los datos y conclusiones se consideren válidos en el ámbito académico.

## **Búsqueda rápida de artículos sobre la gestalt en revistas indexadas**

En Web of Science (WOS), una de las bases de datos más utilizadas, que recopila artículos científicos de revistas indexadas, al introducir como criterio de búsqueda

«gestalt therapy», aparecen 641 resultados. Este número aumenta al escribir «gestalt psychology», con 1655 resultados. Sin embargo, al buscar «cognitive behaviour therapy», los resultados ascienden a 38.138. Para focalizar la búsqueda en el interés de este trabajo, se realizó una búsqueda por título con los términos «gestalt therapy» y «effectiveness», obteniendo 0 resultados. Al ajustar la búsqueda a «gestalt» y «effectiveness» en el *abstract*, los resultados son 100. Por otro lado, al ingresar «cognitive behaviour therapy» y «effectiveness», se encuentran 1816 artículos científicos. Esta diferencia refleja la cantidad de investigaciones realizadas sobre la terapia cognitivo conductual en comparación con la terapia gestalt.

### **¿Ocurre lo mismo si estudiamos la terapia humanista?**

Con el propósito de determinar si la gestalt, como tal, enfrenta una menor aceptación en el ámbito académico en comparación con la corriente humanista en general y el término «humanista», se buscó en la base de datos el término «Humanistic psychotherapy», el cual es recomendado por el tesauro de la APA. Con este término se hallaron 879 resultados, y al introducir «humanistic psychology», también sugerido por el tesauro de la APA, se encontraron 3.443 resultados. Esto indica que, aunque se registra un mayor número de investigaciones científicas al usar este término más amplio, los resultados son significativamente menores en comparación con los obtenidos al buscar evidencia sobre la terapia cognitivo conductual. Este hallazgo muestra objetivamente la existencia de una falta de evidencia que, al menos por ahora, se atribuye a la escasez de investigaciones sobre el enfoque terapéutico gestáltico. Por tanto, se necesita más investigación empírica para explorar la efectividad de este enfoque terapéutico y responder a preguntas como: ¿Para qué perfil de personas es más efectiva? ¿Con qué tipo de problemáticas? ¿Se alcanzan resultados positivos a corto y largo plazo?, etc.

La práctica clínica y la investigación, que a menudo están más distantes de lo deseable, se encuentran en el caso de la terapia gestalt, si cabe, aún más alejadas.

### **¿Existen motivos para cuestionar la importancia de la investigación empírica en el ejercicio de la psicoterapia gestáltica?**

Existen algunos argumentos que se han utilizado tradicionalmente por algunos profesionales de la gestalt para cuestionar la necesidad de realizar investigación empírica. A continuación, se presentan algunos de los motivos que podrían explicar su reticencia hacia enfoques científicos y mediciones cuantitativas (Fogarty, 2017; Picó-Vila, 2017):

- **Valoración de lo fenomenológico y cualitativo:** Algunos psicólogos gestalt priorizan la comprensión profunda de las experiencias subjetivas y cualitativas sobre la rigurosidad cuantitativa de las mediciones (ej: medición cuantitativa de la depresión utilizando una escala tipo Likert). Así, consideran que la riqueza de la experiencia humana no se adecua a la reducción numérica.
- **El enfoque bio-médico,** en el que se pretende que la psicología sea considerada como semejante a la medicina podría conllevar a la simplificación de la psicoterapia, y del vínculo transformador que se genera en el proceso terapéutico.
- **Enfoque en el proceso más que en el resultado:** La terapia gestalt se centra en el proceso terapéutico y la interacción entre terapeuta y paciente, más que en resultados medibles. El cambio terapéutico ocurre a través de la exploración del «aquí y ahora» y de la adquisición de consciencia sobre las emociones propias y la experiencia en las relaciones, incluida la relación terapéutica. Medir el proceso terapéutico y los cambios que suceden en la relación terapéutica cuantitativamente requiere de una complejidad mucho mayor que medir los resultados, como, por ejemplo, la reducción del síntoma.

El objetivo principal no es la reducción del síntoma: dado que la meta de la terapia gestalt no es solo la reducción de síntomas, medir su eficacia basándose en este criterio podría ser inapropiado. Los tipos de estudios más rigurosos para medir la efectividad de los tratamientos son actualmente los ensayos clínicos aleatorizados (RCT, por sus siglas en inglés). En ellos, se comparan diferentes intervenciones utilizando un grupo experimental al que se le aplica un tratamiento específico y un grupo control, en el que o bien no se aplica tratamiento, o bien se aplica un tratamiento estándar que ya se sepa que funcione. Esto último es lo más deseable, ya que comparar casi cualquier tratamiento con no hacer nada, dará probablemente diferencias significativas para el tratamiento. Así, lo ideal es compararlo con un tratamiento que ya funcione. Lo que ocurre es que, si comparamos, por ejemplo, un grupo en el que se aplica la terapia cognitivo conductual versus un grupo de gestalt, en variables de reducción de síntoma como la depresión o la ansiedad, podría ocurrir que la cognitivo conductual obtenga unos resultados más deseables, sobre todo a corto plazo, que la gestalt, dado que su objetivo principal es precisamente reducir la sintomatología. Si, en cambio, se compararan en variables de proceso, o en variables de consciencia emocional, consciencia sobre polaridades o conflictos propios, sentido de vida, autenticidad, responsabilidad y habilidad para conectar con el «aquí y ahora», podría suceder que la gestalt obtuviera unos resultados más deseables, dado que esos son sus principales objetivos terapéuticos.

- **Falta de estandarización:** La gestalt carece de un manual o tratamiento estandarizado. La resistencia a esta estandarización puede estar relacionada con el miedo a que el enfoque científico limite la riqueza y espontaneidad de la terapia. Así, el temor sería que adoptar un enfoque científico podría desvirtuar la esencia de la terapia gestalt, que valora la autenticidad y la relación terapéutica genuina por encima de la precisión científica. Además, en comparación con enfoques tera-

péuticos más estandarizados y simplistas, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia Gestalt por su naturaleza más dinámica y fluida, podría tener dificultades para estandarizar su tratamiento, y medirlo. Por último, el ejercicio de la psicoterapia puede entenderse como un encuentro honesto entre dos personas. Sistematizarlo podría ser limitante.

### **Superando los retos de la investigación en terapia gestalt: razones de peso para apoyar la necesidad de investigar la efectividad de la terapia gestalt**

Pese a que el apartado anterior plantea importantes retos para realizar investigaciones sobre la gestalt y su efectividad, la integración de la investigación empírica de la terapia gestalt es crucial por diferentes motivos, que abarcan desde la legitimación de las instituciones públicas y privadas en el ámbito sanitario hasta la mejora de la práctica clínica (Fogarty, 2017; Picó-Vila, 2017).

- **Incorporación o apoyo del enfoque gestáltico en la práctica clínica pública:** contar con investigación científica respalda a la terapia gestalt ante instituciones oficiales de salud mental. Esta validación proporciona una base objetiva para su inclusión en programas de tratamiento, aumentando su reconocimiento y aceptación en el ámbito clínico. En el momento actual, presentar y mostrar a los organismos oficiales que la terapia gestalt funciona, puede reducir el sesgo negativo hacia esta, y en un futuro, llegar incluso a apoyar su incorporación en la práctica clínica ante determinadas poblaciones y problemáticas. Como se ha comentado anteriormente, la gestalt se encuentra en la lista presentada por el Ministerio de ciencia e innovación sobre pseudoterapias y pseudociencias, en el apartado de prácticas «en evaluación». Resulta crucial que podamos respaldar a través de estudios científicos la efectividad de la gestalt, sus principios, y los beneficios en el desarrollo del potencial humano. Aunque esto ha sido ya expuesto y estudiado a lo largo de la historia por miles de psicoterapeutas gestalt y humanistas en general, es necesario mostrarlo con investigaciones empíricas, que no den lugar al cuestionamiento continuo por parte de otros profesionales que pretenden desvirtuar el ejercicio terapéutico gestáltico.
- **Aceptación académica:** la integración de la investigación empírica en la terapia gestalt establece un vínculo con el entorno académico y universitario. La producción de estudios científicos crea una base de conocimiento sólida y en constante evolución, lo que favorece la legitimación de la terapia como una disciplina seria y relevante en el ámbito académico. La aceptación e inclusión de la terapia gestalt en el ámbito universitario haría crecer exponencialmente el número de estudiantes que desearan formarse específicamente en este enfoque, ampliando su

aplicación en la práctica clínica futura tanto pública como privada. Las universidades y otros organismos públicos o asociaciones son más propensas a financiar tratamientos respaldados por pruebas que demuestran su impacto positivo en la salud mental de los pacientes.

- **Apoyo económico:** realizar investigaciones ayuda a obtener ayuda y dinero para continuar investigando. Esto sería muy relevante, teniendo en cuenta que no es que existan estudios donde no se demuestre la efectividad de la terapia gestalt, sino que faltan estudios donde se mida la efectividad. Falta evidencia. Entrar en la rueda de las investigaciones sería crucial para aportar más y más estudios sobre la práctica gestáltica.
- **Mejora en la práctica:** la adopción de prácticas basadas en evidencia (EBP) fortalece la calidad de la atención clínica. La investigación respaldada por datos científicos permite a los terapeutas tomar decisiones informadas sobre los enfoques y técnicas terapéuticas más eficaces, mejorando la experiencia del paciente y sus resultados. Esto nos ayudaría, por ejemplo, a conocer qué estrategias concretas (ej., «silla vacía», técnicas expresivas supresoras, trabajo experiencial del sueño, etc.) ayudan a qué tipo de pacientes (ej.: eneatis3 y 6 o eneatis7 y 2, o pacientes con sintomatología depresiva o pacientes con sintomatología ansiosa). También podríamos conocer cuáles son las estrategias que mejor funcionan y qué tipo de actitud o vínculo terapéutico facilita la movilización al cambio.
- **Confianza de los y las pacientes:** para las personas que buscan tratamiento, la tranquilidad de saber que están participando en un enfoque respaldado por la investigación puede aumentar su confianza. Esta confianza puede aumentar la adherencia al tratamiento y el compromiso del paciente con su proceso terapéutico.
- **Calidad en la atención psicosanitaria:** en entornos de atención médica, la terapia gestalt respaldada por evidencia se integra con la atención médica tradicional de manera más efectiva. La adhesión a prácticas basadas en datos científicos garantiza un cuidado de salud mental de alta calidad y seguro. Conocer qué funciona mejor y para quién aumentará la calidad de las intervenciones.
- **Enfoque personalizado:** en línea con lo comentado anteriormente, la investigación empírica no solo evalúa la eficacia general de la terapia gestalt, sino que también puede ayudar a identificar qué enfoques son más adecuados para diferentes grupos de pacientes. Esta adaptación personalizada mejora la precisión de los tratamientos y los resultados obtenidos.
- **Investigación cualitativa:** es importante mencionar que la terapia gestalt puede aprovechar formas de investigación cualitativa que acojan su fundamento fenomenológico. Estos enfoques pueden capturar las experiencias subjetivas de los pacientes y enriquecer la comprensión de los procesos terapéuticos, así como la evaluación cualitativa de los objetivos conseguidos con el trabajo terapéutico.

En conclusión, la integración de la investigación empírica en la terapia gestalt ofrece una serie de beneficios que van desde el reconocimiento institucional hasta la personalización de los tratamientos, lo que contribuye a fortalecer la posición de la

terapia gestalt en el campo de la psicoterapia y a mejorar la calidad de la práctica clínica con la seguridad de estar llevando a cabo prácticas basadas en la evidencia.

## **Cómo hacer ciencia en el contexto de la psicoterapia gestalt:**

### **Propuesta de un ensayo controlado aleatorizado para evaluar la efectividad de la terapia gestalt**

Tal como se practica en la gestalt, en ocasiones resulta muy beneficioso reflexionar sobre cómo deseamos que algo ocurra para escapar del ciclo binario de «sí-no», de «lo blanco o lo negro». Así, más que debatir entre «ciencia sí» o «ciencia no», nos enfrentamos al interrogante del «ciencia cómo». Para abordar esta pregunta, se propone un estudio específico, un ensayo clínico aleatorizado (RCT), destinado a evaluar la efectividad de la gestalt.

#### *Propuesta de estudio*

Son muchos los estudios que se podrían realizar para estudiar la efectividad de la terapia gestalt, en muchos formatos (individual vs grupal), a corto, medio, o largo plazo, con poblaciones de diferentes características (ej.: por sintomatología, población clínica general, etc.) y con grupos control de diversa índole (ej.: lista de espera, en terapia cognitivo conductual, etc.). A continuación, se presenta una propuesta de ensayo clínico aleatorizado (RCT) para evaluar la efectividad de una intervención grupal en la que se aplica la terapia gestalt en comparación con una intervención grupal cognitivo-conductual.

#### *Metodología*

Participantes: 80 pacientes que acuden de manera voluntaria a terapia grupal a un centro de psicoterapia (en el que no se especifica el enfoque terapéutico) son asignados aleatoriamente a participar en grupos terapéuticos de dos centros diferentes: un centro en el que se aplica la terapia gestalt ( $n = 40$ ) y un centro en el que se aplica la terapia cognitivo-conductual ( $n = 40$ ). Criterios de exclusión: dependencia al alcohol o drogas, diagnóstico de trastorno mental severo, tomar medicación para aliviar sintomatología ansiosa, depresiva, psicótica, etc., presentar grandes dificultades para la comprensión de los conceptos abordados, o presentar una conducta que interrumpa el correcto funcionamiento de los grupos.

Intervención cognitivo-conductual (grupos control): En línea con la práctica real clínica, la terapia grupal cognitivo-conductual serían 8 sesiones de 90 minutos



*Estudio grupal gestalt*

semanales (aproximadamente 2 meses). Las sesiones cognitivo-conductuales seguirían estrategias propias del modelo, como la psicoeducación, la técnica del ABC y los registros.

Intervención gestalt (grupos intervención): La terapia gestalt consiste, en este caso, de 12 sesiones de 90 minutos semanales (aproximadamente 3 meses), para tratar de hacer los grupos lo más comparables posible sin perder la esencia de la práctica terapéutica habitual. La diferencia en el número de sesiones se discute en limitaciones del estudio. Además, se podría presentar un análisis que evalúe si la diferencia en la duración de los grupos tiene un efecto sobre los resultados. Las sesiones de gestalt se centrarían en trabajar experiencialmente cuestiones como el darse cuenta, el aquí y el ahora, la autenticidad, y la responsabilidad.

Terapeutas y adherencia al tratamiento: los grupos deben ser llevados por dos terapeutas graduados/as en psicología con la habilitación sanitaria o el título de psicología clínica. Además, deberán haberse formado específicamente en cada enfoque terapéutico con la realización de un máster o formación privada de al menos dos años de duración. Para asegurar la adherencia a los enfoques terapéuticos por parte del equipo de terapeutas, se lleva a cabo una evaluación específica para estudiar la adherencia al enfoque cognitivo-conductual utilizando el instrumento CTRS (Young y Beck, 1980) y la Escala de fidelidad para la terapia gestalt (GTFS, Madeleine Forgarty, 2017) para el enfoque gestáltico.

## *Procedimiento y Análisis de Datos*

Se realiza una comparación previa de equivalencia entre los grupos control (cognitivo-conductual) e intervención (gestalt) para asegurar que la asignación aleatoria ha sido exitosa mediante una prueba t de Student. En el caso de que se encontraran diferencias significativas en alguna variable, se controlaría en los análisis incluyéndolas como variables de confusión. Se realizan tres evaluaciones: evaluación pre-intervención, evaluación en la sesión 8 (que corresponde a la post-intervención de los grupos cognitivo-conductuales, y a una evaluación de proceso en los grupos de gestalt), y una última evaluación en la sesión 12 (que equivale a la evaluación post intervención de los grupos gestalt, y de seguimiento de 1 mes en los grupos cognitivo-conductuales). Las comparaciones entre los grupos en cada momento (ej.: diferencias entre grupos en la sesión 8), se llevan a cabo mediante la prueba t de Student. Las comparaciones en los diferentes tiempos se llevan a cabo a través de un ANOVA de medidas repetidas. Además, se analiza el efecto interacción para evaluar si la relación entre el tipo de terapia y los cambios en las puntuaciones de los cuestionarios es significativamente distinta en los diferentes momentos de evaluación (ej., si la diferencia entre gestalt y cognitivo-conductual es más pronunciada en una evaluación en particular). Las variables cualitativas se analizarán utilizando NVivo13.

### Instrumentos de medida:

- *Variables sociodemográficas (Ad hoc)*. Edad, sexo, ingresos, nivel educativo.
- *Depresión*. CESD (Radloff, 1977). Escala de 7 ítems para medir sintomatología depresiva.
- *Sintomatología clínica*. Symptom CheckList de 90 ítems (SCL-90-R) de Derogatis (1977).
- *Ansiedad*. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (1999). Escala de 40 ítems.
- *Vínculo terapéutico*. (cualitativo). Preguntas para recoger información sobre la calidad del vínculo terapéutico, del encuentro terapeuta-paciente y la cercanía percibida por el paciente.
- *Vínculo terapéutico*. (cuantitativo). Working Alliance inventory (WAI). Versión española por Corbella *et al.*, (2011). Cuestionario de 12 ítems.
- *El darse cuenta*. (cualitativo). Preguntas abiertas sobre la autoconsciencia de los estados emocionales propios, de las necesidades y deseos y del propio carácter.
- *El darse cuenta e insight*. The Self-Reflection and Insight Scale (SRIS: Grant *et al.*, 2002)
- *Cambio percibido*. (cuestionario Ad hoc). Escala tipo Likert sobre el progreso y el cambio durante el proceso terapéutico
- *Cambio percibido*. (medida cualitativa). Preguntas abiertas sobre el progreso y el cambio durante el proceso terapéutico
- *Autenticidad*. *Authenticity inventory* (Goldman & Kernis, 2001). 45 items.
- *Autoconsciencia*. *Self-Consciousness Scale* (Fenigstein *et al.*, 1975). 23 items

- *Autoestima* (Rosenberg, 1965). 10 ítems
- *Satisfacción con la vida* (Diener *et al.*, 1985). 5 ítems
- *Satisfacción con la terapia*. (medida cuantitativa *ad hoc*). Cuestionario tipo Likert sobre la satisfacción con el proceso terapéutico
- *Satisfacción con la terapia*. (medida cualitativa). Preguntas abiertas sobre la satisfacción con el proceso terapéutico

Luego se presentan los resultados de los análisis y se discuten en comparación con la literatura previa, aportando además las limitaciones del estudio y las contribuciones que aporta a la investigación y a la práctica clínica.

En conclusión, un estudio como este podría contribuir a la evidencia de la terapia gestalt, ya que incorporaría medidas cualitativas y cuantitativas cercanas a lo que se trabaja en terapia, más allá de la reducción del síntoma. Los resultados podrían ofrecer información relevante sobre cada enfoque terapéutico y su impacto a lo largo del proceso terapéutico.

Investigar sobre la terapia gestalt podría abrir camino a nuevos estudios similares que demostraran su efectividad, lo que podría aumentar la confianza en este modelo terapéutico que actualmente necesita de más evidencia empírica. Incorporar el análisis cualitativo del proceso terapéutico podría ayudar a comprender mejor la experiencia de los pacientes, tanto en el vínculo terapéutico como en su propio proceso de cambio. Al fin y al cabo, la psicoterapia es un arte, es una ciencia, y es humanidad.

### *Futuras direcciones*

Una vez que queda clara la importancia de incorporar la investigación en la práctica clínica, nos surge la pregunta de cómo fomentar la investigación en los centros de terapia gestalt. Estas son algunas ideas que podrían ser útiles para incorporar la ciencia en este contexto terapéutico:

1. **Establecer un procedimiento de recogida de datos.** Los centros de terapia gestalt que quisieran incorporar la investigación en su práctica podrían protocolizar su recogida de datos, estableciendo los cuestionarios o escalas que desean utilizar para el análisis de datos en línea con sus objetivos de intervención (ej., si en un centro se trabaja en el *darse cuenta*, se debería incorporar una escala validada que lo mida). Así, se podría elaborar una batería de cuestionarios para hacer una evaluación pre-intervención (antes de empezar el proceso terapéutico) y post-intervención (al terminar) a aquellos y aquellas pacientes que quieran participar.
2. **Crear una base de datos.** Los datos recogidos en los cuestionarios podrían incorporarse en una base de datos en un software estadístico (ej., SPSS) en el que se vuelquen todos los datos y se puedan realizar los análisis estadísticos pertinentes. Esto podría proporcionar una fuente muy valiosa de información para futuras investigaciones.

3. **Establecer colaboraciones académicas.** Diversos centros de terapia gestalt disponen ya de acuerdos con universidades públicas para la realización de las prácticas de grado/máster. Las prácticas podrían también estar dirigidas a la realización de investigaciones utilizando los datos extraídos en el centro. Esto a su vez abre la vía de poder realizar trabajos finales de grado (TFG) o máster (TFM) realizando trabajos de investigación en el centro.
4. **Solicitar subvenciones y financiación.** Buscar y solicitar fondos a través de subvenciones públicas, o de organizaciones para proporcionar los recursos financieros necesarios para realizar investigaciones de alta calidad. Por ejemplo, la Fundación «la Caixa» ofrece ayudas a proyectos de investigación social. Conseguir financiación podría ser clave para cubrir los costes del personal laboral que se encarga de realizar las investigaciones.
5. **Formación en investigación para terapeutas.** De esos mismos recursos obtenidos, se podría invertir en formación en investigación para terapeutas, que, si bien muchos de ellos/ellas ya tienen una base sólida tras su estudio del grado de psicología o del máster, podría ser muy útil recibir formación específica para realizar investigaciones en este contexto. Además, esto podría ayudar a fomentar la cultura de investigación en los centros de terapia.
6. **Seguir apoyando al Comité de Investigación.** El Comité de Investigación podría ser clave en la dirección y supervisión de los trabajos de investigación, brindando apoyo metodológico, formación, y promoviendo la divulgación de resultados, entre otros.
7. **Organizar conferencias de investigación.** Organizar conferencias de investigación, congresos, o presentar los trabajos elaborados a otros congresos vinculados a la terapia, podría ser beneficioso para visibilizar el enfoque gestáltico y su efectividad, intercambiar conocimientos y experiencias entre terapeutas y académicos, así como para generar trabajos publicados que sirvan a la hora de solicitar futuras ayudas económicas.
8. **Publicación de resultados.** Incentivar la publicación de resultados de investigación en revistas indexadas de impacto (ej., Q1, Q2), y presentaciones en conferencias relevantes a nivel internacional y nacional sería clave para difundir el conocimiento y aumentar la visibilidad de la terapia gestáltica en la comunidad científica. Además, publicar resultados en revistas de impacto podría ayudar a mejorar la visión de la gestalt como un enfoque terapéutico efectivo.
9. **Establecer redes de colaboración con otros centros de terapia gestalt.** Colaborar con otros centros de terapia gestáltica u otros enfoques podría facilitar el intercambio de conocimientos y recursos para fomentar la investigación (ej., consiguiendo más muestra, facilitando la creación de equipos de investigación y gestión en los centros, etc.).

La investigación en la práctica clínica podría ser viable y beneficiar a los centros que participan de ella (ej., obteniendo más información sobre sus pacientes, y sobre el impacto de su trabajo), y al enfoque gestáltico en general, contribuyendo a que

este sea percibido como un enfoque válido y efectivo para mejorar la vida de las personas.

## Referencias bibliográficas

- Asociación para proteger al enfermo de terapias pseudocientíficas. (19 de octubre de 2020). *Lista de terapias pseudocientíficas*. <https://www.apetp.com/index.php/lista-de-terapias-pseudocientificas/>
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O., & Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(2), 298-301.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. and van Oppen, P. (2008) Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Copyright*, 76, 909-922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>.
- Derogatis, L. R. (1977). The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore, MD: Clinical psychometric research.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Self-consciousness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Fogarty, M. (2017). *Crear una escala de fidelidad para la terapia Gestalt*. Gestalt México.
- From, I. (1984). Reflections on Gestalt therapy after thirty-two years of practice: A requiem for Gestalt. *Gestalt Journal*.
- Ginger, S. (2005). *Gestalt. El arte del contacto*. Integral - RBA. Barcelona.
- Goldman, B. M., & Kernis, M. H. (2001). Development of the authenticity inventory. *Unpublished data, University of Georgia*.
- Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 30(8), 821-835.
- Hajihassani, M., Sadei, P.E., Jafari, N. H., Rostami, K., & Pirsaghi, F. (2012). The effectiveness of active music therapy and Gestalt therapy in decreasing test anxiety. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 6 (23), 9- 20.
- Heidari, S., Shahbakhsh, B., & Janjoo, M. (2017). The effectiveness of Gestalt therapy on depressed women in comparison with the drug therapy. *Journal of Applied Psychology & Behavioral Science*, 2(1), 14-18.
- Leung, G. S. M., & Khor, S. H. (2017). Gestalt intervention groups for anxious parents in Hong Kong: A quasi-experimental design. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(3), 183-200.
- López-González, M. A., Ayala-Romera, R., Moreno-Pulido, A. y Fernández-Gómez, M. A. (2019). *Revisión Sistemática sobre la efectividad de la terapia Gestalt*. AETG.
- Ministerio de Ciencia e innovación y Ministerio de Sanidad. (2020). #coNprueba. <https://www.con-prueba.es/>.
- Mokriyala, M., Farahbakhsh, K., SalimiBajestani, H., & YunesiBurujeni, J. (2022). Effectiveness of Gestalt Therapy alone and in Combination with Cognitive-behavioral Therapy on Hope and Pain Intensity in Women with Breast Cancer. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 8(3), 199-208.
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt: Actitud y práctica de un experiencialismo ateoórico*. Cuatro vientos.
- Nazari, I., Mohammadi, M., & Nazeri, G. (2014). Effectiveness of Gestalt therapy on Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms on veterans of Yasuj city. *Armaghanedanesh*, 19(4), 295-304.

- OMC. (3 de agosto de 2023). *Observatorio de la OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias: Introducción*. <https://www.cgcom.es/observatorios/oppiss>.
- Perls, F., Hefferline, G., & Goodman, P. (1951). Gestalt therapy. *New York*, 64(7), 19-313.
- Picó-Vila, D. (2017). *Investigación en TG: Comisión de relaciones internacionales de la AETG*. Asociación Española de Terapia Gestalt.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>.
- Raffagnino, R. (2019) Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* Wesleyan University Press.
- Saadati, H. and Lashani, L. (2013) Effectiveness of Gestalt Therapy on Self-Efficacy of Divorced Women Procedia—*Social and Behavioral Sciences*, 84, 1171-1174. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.721>.
- Saadati, H., Younesi, J., Foroghan, M., & Lashani, L. (2013). Effectiveness of gestalt therapy on happiness of elderly people. *Iranian Journal of Ageing*, 8(2), 7-15.
- Sepehrian Azar, F., Asadnia, S., & MosarrezaiiAghdam, A. (2013). Effectiveness of Gestalt therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on the improvement of migraine headache in female students. *Journal of Modern Psychological Research*, 8(31), 35-52.
- Shariat, A., Ghazanfari, A., Yarmohammadian, A., Solati, K., & Chorami, M. (2020). The effectiveness of gestalt therapy on depression, self-differentiation, integrative self-knowledge and positive psychological characteristics in the elderly. *Aging Psychology*, 6(3), 267-249.
- Spielberger, C. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory manual* (2<sup>nd</sup>ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Stevens, C., Stringfellow, J., Wakelin, K. and Waring, J. (2011) The UK Gestalt Psychotherapy CORE Research Project: The Findings. *British Gestalt Journal*, 20, 22-27.
- Suchitra, S., Rajeswari, H., Indira, A., & Kalavathi, B. (2016). Effectiveness of gestalt therapy on level of alcohol dependence among adults in selected villages, Nellore. *International Journal of Applied Research*, 2(8), 784-93.
- Yalom, I., D. (2011). *Psicoterapia existencial*. Herder.
- Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). The development of the Cognitive Therapy Scale. Unpublished manuscript. University of Pennsylvania.



### **Cristina Expósito-Álvarez**

*Investigadora predoctoral en psicología por la Universitat de Valencia (UV), especializada en intervención social con hombres condenados por delitos de violencia de género. Psicóloga general sanitaria por la UV. Actualmente, se encuentra en el tercer año de formación en psicoterapia gestalt en el Centro Valenciano de Psicoterapia (CVaP). Ha publicado en diversas revistas internacionales de impacto, ha participado en comunicaciones en congresos nacionales e internacionales, y participa en proyectos de innovación docente en la UV. En la actualidad, forma parte de un proyecto europeo de investigación.*