

TÍTULO: *ANSIEDAD Y OBESIDAD. REGULACIÓN EMOCIONAL BASADA EN MINDFULNESS Y ALIMENTACIÓN CONSCIENTE.*

AUTORES: Piedad María Rodríguez Díaz; Ana Ortega Torres; Piedad Iratxe Jiménez Zambrano; Rubén Navarro Ondoño; Ana María Arrabal Polo

INTRODUCCIÓN.

El sobrepeso y la obesidad son uno de los principales problemas de Salud Pública en la actualidad. Estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reflejan que en 2014 el 39% de la población mayor de 18 años padecía sobrepeso, siendo el 13% de éstos obesos¹. Si nos fijamos en las cifras que arrojan los estudios a nivel nacional, los datos no son más alentadores, la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso como conjunto en la población adulta española es del 52,7%, compuesto este porcentaje por un 60.7% de hombres y un 44,7% mujeres².

Pero, ¿qué es la obesidad? Hablamos de sobrepeso y obesidad, cuando existe una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud¹, aumentado el riesgo de desarrollar distintas enfermedades cardiovasculares³.

A la hora de clasificar los diferentes tipos de obesidad o sobrepeso, centrándonos en la clasificación para los adultos, la OMS emplea el índice de masa corporal (IMC), un indicador simple que relaciona la talla con el peso del paciente (kg/m²)¹.

Desde el punto de vista de enfermería, en la última actualización de la NANDA encontramos los diagnósticos de Sobrepeso (00233) “problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo,

en el caso de los adultos, los que superen un IMC de 25 kg/m²” y de Obesidad (00232) “problema en el cual el individuo acumula un nivel anormal o excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los límites del sobrepeso, en los adultos aquellos con un IMC >30kg/m²”⁴.

Sin embargo, la obesidad no sólo se trata del aumento de grasa o peso, sino de un conjunto de alteraciones fisiológicas, musculoesqueléticas y psicológicas que limitan y condicionan la vida del individuo, siendo la ansiedad una de estas alteraciones incapacitantes para el normal desarrollo de la persona⁵.

Según la OMS, los trastornos mentales suponen un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal, siendo la ansiedad junto con la depresión, los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, aumentando entre 1990 y 2013 cerca del 50%⁶.

Igual que con la obesidad y el sobrepeso, buscando un punto de vista enfermero, encontramos que la NANDA define el diagnóstico de enfermería Ansiedad como *“Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo”*⁴.

Estas respuestas van desde las fisiológicas como las expresadas por una exacerbación del SNA (aumento FC y FR, elevación de PA...) hasta las alteraciones de conducta causadas por la situación de amenaza, pasando por cambios psicológicos, que si bien cierto grado de ansiedad puede ser útil para el individuo aumentando su concentración o estimular para que desarrolle más eficazmente una tarea, la ansiedad mantenida en el tiempo o de una intensidad elevada hace que el individuo sufra alteraciones a nivel psicológico y conductual que le llevarán, en ocasiones, a conductas no adaptativas como la de tratar de disminuir la ansiedad que están sintiendo, sea cual sea la causa, a través de una ingesta compulsiva de alimentos.

La comorbilidad existente entre los problemas vistos anteriormente⁵ nos hace plantearnos la necesidad de buscar una solución y tratar de abordarlos de manera conjunta como un mismo problema.

Los talleres de Regulación emocional y alimentación consciente tratan de ayudar al paciente diagnosticado de obesidad a adquirir herramientas para el manejo de la ansiedad a través de técnicas de relajación, Mindfulness y hábitos saludables de la vida diaria.

Años de investigación, han concluido que los mecanismos fisiológicos de hambre y saciedad son fácilmente anulados por influencias no nutritivas, y que en patrones como el trastorno por atracón y las ingestas emocionales, se observa un marcado desequilibrio y una hipersensibilidad a las señales “externas o no nutritivas” para comer como ansiedad social, emocional o condicionada por ciertos alimentos; y una desensibilización concomitante a señales “internas”⁷.

Existen varios estudios que avalan la aplicación de diferentes técnicas para el manejo de la ansiedad en pacientes obesos, ayudando a controlar la ingesta emocional^{7, 8}.

El programa MB-EAT combina la regulación de la ingesta de alimentos y los principios de la meditación consciente para proporcionar un nuevo enfoque y así re-regular el comportamiento alimenticio, pudiéndose relacionar indirectamente con la pérdida de peso al adoptar patrones más saludables⁷.

Otro estudio piloto es el Mindful Eating And Living (MEAL), Comer y Vivir conscientemente en español, el cual tiene como propósito replicar hallazgos preliminares que han evidenciado la eficacia de la Reducción de Estrés basada en la Atención Plena (MBSR) para reducir la vulnerabilidad cognitiva a las emociones de la mente que, de otro modo, podrían aumentar el estrés y llevar a una ingesta inadecuada, con una intervención grupal de 6 semanas para proporcionar entrenamiento de atención plena a personas obesas⁸.

Por todo lo anteriormente dicho, se hace necesaria la intervención de enfermería sobre pacientes con obesidad y diagnóstico NANDA Ansiedad. Esta intervención se encuadra dentro del servicio de psiquiatría de enlace, a través de la figura de la enfermera de salud mental, la cual resulta imprescindible para completar el equipo multidisciplinar de la Psiquiatría de interconsulta⁹, como se hace constar en el informe 105 de la OMS donde se detalla su actuación a nivel hospitalario.

La labor de la enfermería en salud mental es un proceso de contacto interpersonal relacionado con la promoción de salud mental, así como con el estudio e intervención en los fracasos vinculares de la persona con su realidad interna y/o externa. Debe establecer estas relaciones en el propio ámbito espacial y temporal de las personas atendidas, con el objetivo de ayudar a cubrir las necesidades para el desarrollo de una autonomía funcional en la vida cotidiana⁹

Entre las diferentes cualidades de la enfermería psiquiátrica de consulta y enlace se encuadran las habilidades de consulta, donde encontramos la entrevista y evaluación para la identificación de posibles problemas, el counselling e intervenciones psicoterapéuticas de tipo cognitivo-conductual; y las habilidades de enlace, como son⁹:

Formación de enfermería general a través de la enseñanza formal (seminarios, sesiones) o la enseñanza informal (discusión sobre problemas específicos de la sala)

Resolución de conflictos entre paciente y enfermería, mejorando la comunicación entre enfermería, paciente y familia.

Canalización de la expresión de preocupaciones de enfermería sobre situaciones intratables, para mejorar el rendimiento de las actividades diarias.

Apoyo al equipo de enfermería cuando existe disparidad de criterios entre éste y el equipo médico.

Promoción de intervenciones alternativas sobre determinados conflictos, mediante la derivación de pacientes y familiares a grupos de autoayuda, recursos sociales y comunitarios, sociedades...

OBJETIVOS.

Evaluar si hay mejora del estado de ansiedad de los pacientes incluidos en el Programa de Obesidad de interconsulta tras la intervención de "Regulación emocional y alimentación consciente".

Determinar la variación de IMC de los pacientes tras la intervención de "Regulación emocional y alimentación consciente".

Analizar las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el *Programa de Obesidad* en el último año.

METODOLOGÍA.

Se ha realizado un estudio de investigación cuasi-experimental intragrupo a través de la escala STAI.

La escala STAI es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Consta de un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos). El marco de referencia temporal es, en el caso de la ansiedad como estado, "ahora mismo, en este momento", y en la ansiedad como rasgo "en general, en la mayoría de las ocasiones". Se trata de una escala autoaplicada. Es útil tanto en población normal como en pacientes. Proporciona una puntuación de ansiedad estado y de ansiedad rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes. La puntuación global en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60. No existen puntos de corte propuestos, si no que las puntuaciones se transforman en centiles en función del sexo y la edad¹⁰

Hemos incluido en el estudio a todas aquellas personas que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- a. Pacientes derivados al Programa de Obesidad en los últimos 2 meses.
- b. Presentar el diagnóstico médico de Obesidad.
- c. Aceptación voluntaria de participación en el estudio.
- d. Ser mayor de 18 años.

Como criterios de exclusión:

- a. No acudir a la totalidad de las sesiones.
- b. Presentar algún déficit sensorial que dificulte la comprensión de los ítems recogidos en la escala STAI.
- c. Presentar un trastorno mental grave.

De modo que hemos contado con una muestra de 14 pacientes a los que se les ha medido el nivel de ansiedad mediante la escala STAI (Anexo I) al inicio y al final del programa. Para ello, se le facilitó una copia de la escala a cada participante en la primera y última sesión para que la rellenaran voluntariamente y la entregasen una vez completada.

Seguimos la estructura de las sesiones descritas en el anexo II. Se realizan 4 sesiones de 1 hora de duración, con una periodicidad semanal, en las que se empieza a trabajar mediante psicoeducación y técnicas de relajación el manejo de la ansiedad. Se inicia el entrenamiento en Mindfulness y se trabajan pautas de alimentación consciente y hábitos saludables. Existe posibilidad de seguimiento posterior a petición del paciente.

En la primera recogimos información sobre sus datos sociodemográficos, atendiendo especialmente a las siguientes variables:

Edad

Sexo

Tratamiento psiquiátrico

Ejercicio

Antecedentes de Trastorno de La
conducta alimentaria

Núcleo familiar

Peso / Talla / IMC

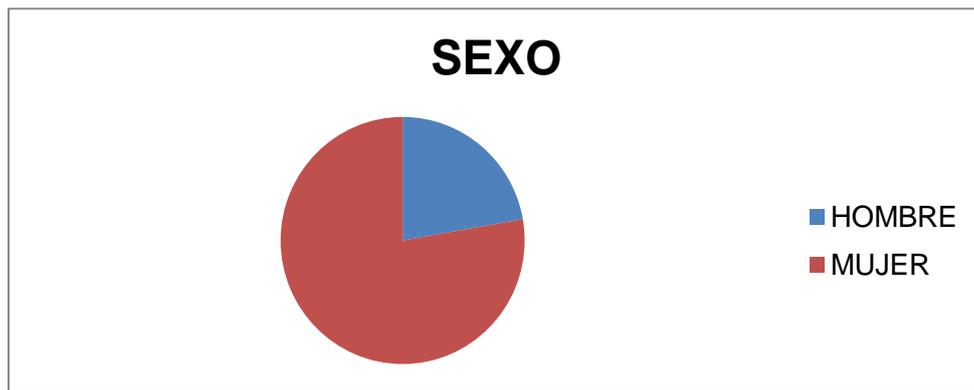
DESARROLLO.

El presente estudio ha sido realizado en el servicio de interconsulta de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz.

El Programa de Obesidad va dirigido a pacientes con obesidad mórbida procedentes del servicio de Endocrinología y/o Nutrición del hospital. Estos pacientes requieren de una valoración psiquiátrica previa a la realización de cirugía bariátrica, la cual es llevada a cabo por un facultativo especialista del servicio de Interconsulta y enlace. Tras descartar psicopatología grave que contraindique la cirugía, se valora la derivación de los pacientes a la enfermera de salud mental del servicio, con el objetivo de trabajar dificultades asociadas a la apetencia de los alimentos, como pueden ser: situaciones de estrés social y laboral con respuesta ansiosa e ingesta emocional, hábitos de vida no saludables,...⁹.

Una vez en la consulta de enfermería, se realizan 4 sesiones encaminadas a tratar los problemas relacionados con la ansiedad y a enseñar las herramientas necesarias para lograr un mejor manejo de las emociones a través de técnicas de regulación emocional y Mindfulness, además de hábitos de vida saludables. De esta manera, se lleva a cabo una intervención multidisciplinar con el fin de abordar el problema de obesidad de los pacientes no sólo desde un punto de vista orgánico (gracias a los profesionales de Nutrición) sino también desde una perspectiva psicológica (por medio de la labor efectuada por el personal de interconsulta de psiquiatría).

En el último año han pasado 54 personas por dicho programa. Se han recogido sus datos personales, incluyendo edad y sexo.

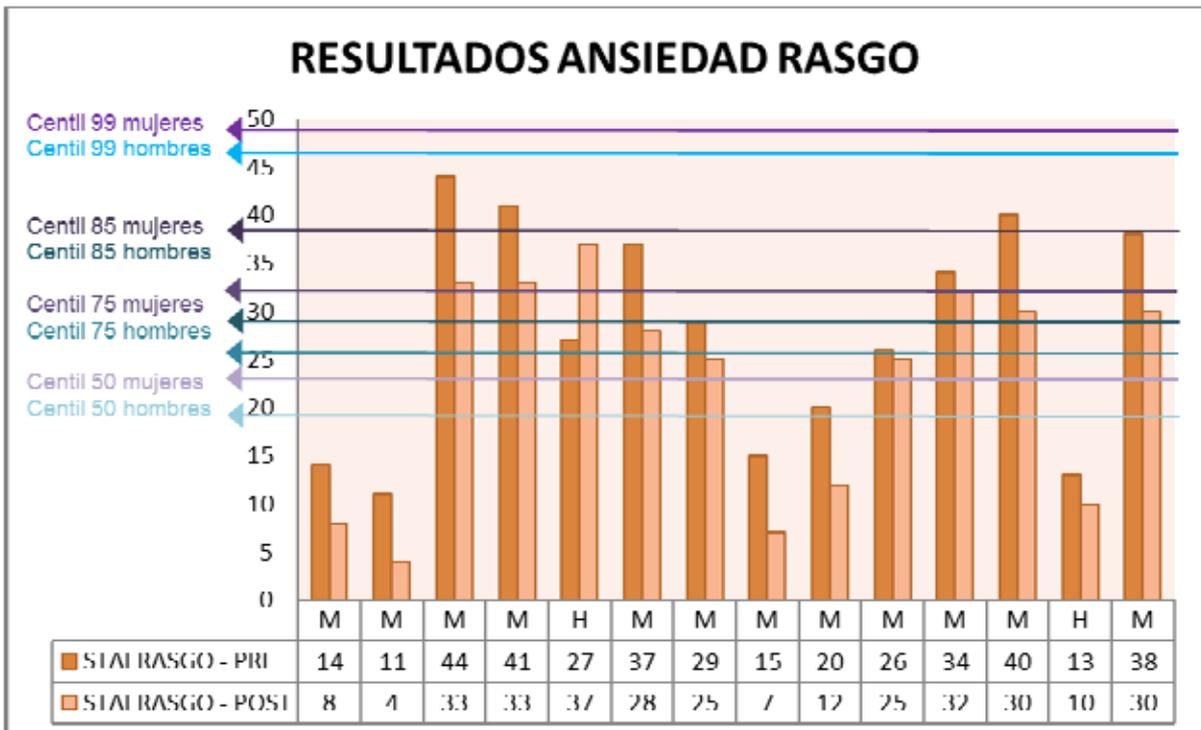
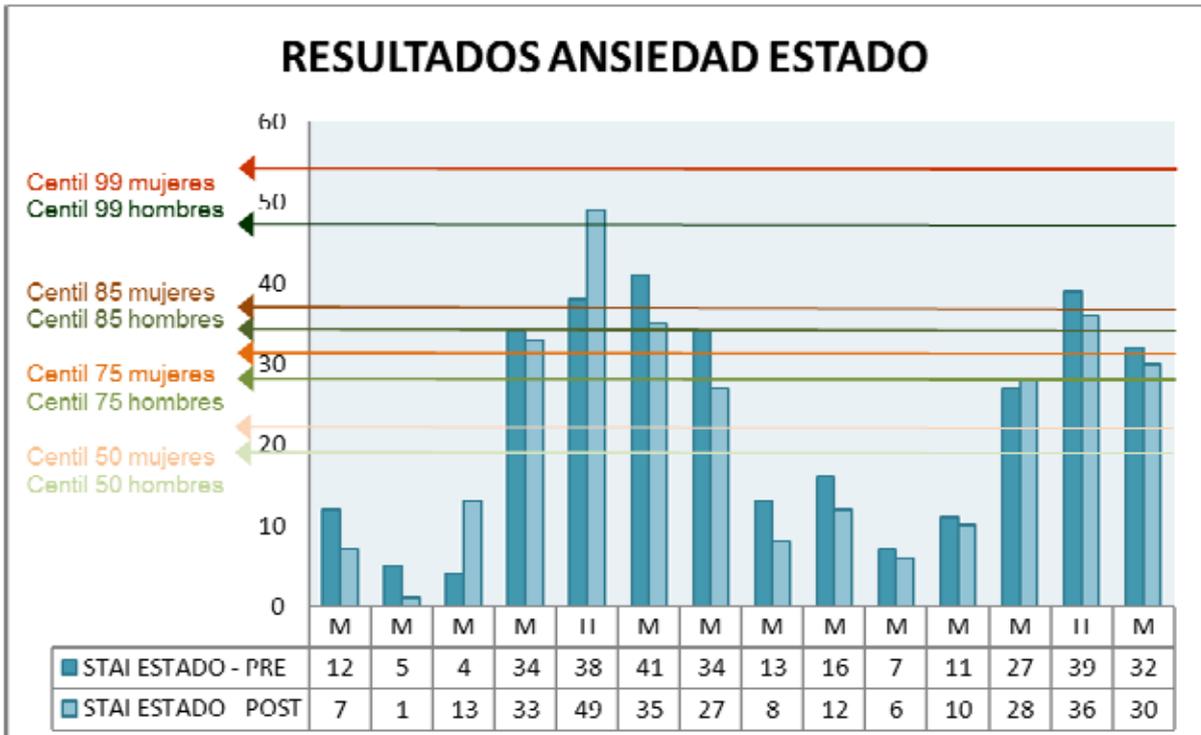


Con estos datos observamos que la mayoría de pacientes incluidos son mujeres, con una proporción de 42:12 frente a los hombres. Las mujeres representan un 77,7% mientras que sólo un 22,2%, son varones. Las edades están comprendidas entre 20 y 64 años. Del conjunto, únicamente un 5,55% son menores de 30 años. La edad media global es de 44 años. La edad media en mujeres es de 43,95 años y la edad media en hombres es de 40,69 años.

Analizamos los datos recogidos observando que la mayoría de pacientes fueron mujeres con una proporción mujer:hombre de 12:2. Las edades comprendían desde los 37 años hasta los 53. La edad media global ha sido de 46,42 años. Ningún paciente de los que han participado en el estudio tomaba tratamiento psiquiátrico. Todos compartían la obesidad como enfermedad crónica sin otro antecedente previo de trastorno de la conducta alimentaria.

En cuanto al ejercicio físico, el 57,14% afirmaba realizar actividad física (caminar) mientras el otro 42,85% no realizaba ningún tipo de ejercicio. Todos los participantes conviven en su domicilio con más personas, 10 con familia y 4 con personas que no guardan parentesco, pero ninguno de los pacientes vive solo. En cuanto al IMC, se les preguntó por su talla y peso en la primera sesión. El 85,71% de los participantes superaba un IMC de 40, sólo 2 personas no llegaban a esa cifra. En la cuarta sesión se les volvió a pedir el peso para valorar si existía alguna variación, sin embargo prácticamente todos habían mantenido su peso estable, únicamente dos de ellos habían disminuido 1 y 2 kg respectivamente y uno había aumentado su peso en 1 kg al finalizar las sesiones.

Gracias a la participación de los pacientes, hemos podido valorar su nivel de ansiedad previo y posterior a la intervención de la enfermera de interconsulta. Recopilando los resultados de la escala obtuvimos la siguiente información:



CONCLUSIONES.

Comparando nuestro programa y su metodología con otros estudios revisados, observamos que existen similitudes: la meditación basada en la atención plena, así como su aplicación a la alimentación consciente; la utilización de herramientas de audio-guía para la práctica informal en casa y la periodicidad intersesión de una semana.

También hemos encontrado algunas diferencias como que en otros programas, las sesiones se realizaban en formato grupal.

Según los datos obtenidos, llaman la atención que hay pacientes que no alcanzan el centil 50 en la escala STAI, pero sí muestran cierto nivel de ansiedad.

En casi todos, se observa una ligera variación de la puntuación de ansiedad, viéndose disminuidas las cifras después de la intervención terapéutica. Resultados que observamos en consonancia con los que hemos consultado en otros estudios publicados.

En un 79% de los pacientes se ha producido una disminución de la ansiedad estado. Por otra parte, apreciamos que en un 93% de los pacientes disminuye el valor de la ansiedad rasgo tras la intervención.

Si analizamos estos datos, observamos un mayor número de pacientes en los que ha disminuido la ansiedad de tipo rasgo, pudiendo estar este dato relacionado con la incorporación de la alimentación consciente y las técnicas aprendidas durante las sesiones en su vida diaria. Del mismo modo, vemos como la ansiedad estado se encuentra disminuida en menor medida, pudiéndose relacionar este hecho con acontecimientos estresantes puntuales que hayan podido influir a la hora de rellenar la escala.

En cuanto al IMC, no hemos observado variaciones significativas tras la intervención. Quizás este hecho puede tener relación con la breve duración del programa que realizamos, debido a que la inclusión de los hábitos saludables se incorporan progresivamente, siendo necesario un seguimiento continuado más dilatado en el tiempo para apreciar cambios significativos en el IMC de los pacientes.

A la hora de definir las limitaciones del estudio, nos encontramos con que no se logra validez externa debido al reducido tamaño muestral del que se disponía para realizar el proyecto. Así mismo, observamos cierta dificultad en la cumplimentación del inventario por parte de los pacientes.

Debido a ello, proponemos la ampliación del estudio con un tamaño muestral adecuado a la población utilizando una escala basada en metodología enfermera, que se adapte a los requerimientos del estudio.

ANEXOS.

ANEXO I

8.1.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted en general</i>, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.</p>		
21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

ANEXO II

<p style="text-align: center;">PROGRAMA DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y ALIMENTACIÓN CONSCIENTE</p>
--

La estructura de cada una de las sesiones es la siguiente:

1º Sesión:

- Presentación.
- Motivo de derivación y expectativas respecto al programa.
- Valoración de enfermería, centrándose en aspectos como:
 - Antecedentes personales: patología previa, tratamiento, contactos previos en psiquiatría,...
 - Hábitos alimentarios: número de comidas/día, presencia de picoteos y/o atracones.
 - Actividad física.
 - Explorar la ansiedad y relación con la alimentación u otros focos.
- Breve explicación del objetivo de las sesiones.
- Realizar relajación muscular progresiva.
- Dar CD de audio con prácticas de relajación, meditación de la respiración y scanner corporal.

2º Sesión:

- Revalorar hábitos alimentarios
 - Preguntar si se han implantado una nueva dinámica de alimentación, si ha conseguido incluir las 5 comidas/día, si ha identificado momentos de ansiedad que hayan sido reducidos con atracones o picoteo, persistencia de picoteo y/o atracones, ...
- Valorar actividad y ejercicio
- Valorar el nivel de ansiedad generalizada
 - Identificar si el paciente presenta algún foco de ansiedad y si ha encontrado alguna diferencia respecto a la anterior sesión.
- Indagar sobre la práctica de atención plena en casa

- Si ha conseguido encontrar momentos para practicar en casa.
- Sensaciones que se han producido durante la práctica.
- Aspectos en los que haya notado diferencia desde que ha iniciado la práctica.
- Sensación propia del paciente frente a la atención plena.
- Preguntar sobre dudas y resolverlas.
- Realizar práctica de respiración consciente

3º Sesión

- Revalorar los patrones de la sesión anterior.
- Introducción a la alimentación consciente
 - Preámbulos a la alimentación:
 - ¿Cómo llevas a cabo la acción de comer? Preguntaremos si prepara la mesa, si come de pie o sentado, si lo hace solo o acompañado, si come en casa o fuera, si lo hace con la tv, el móvil o alguna distracción...
 - Hablar sobre los automatismos e impulsos que realizamos a la hora de comer y de cómo identificarlos para poder modificarlos
 - Comenzar a hablar sobre la implementación de la atención plena durante la comida, por ejemplo, empezando a centrarnos con el postre: “Podemos prestar atención al postre que hayamos escogido, p.e una manzana, nota su textura, la forma cuando la cortamos, el sabor, como si fuera la primera vez que lo saborearas...”
- Realizar meditación ampliada

4º Sesión

- Realizar una revaloración de todos aquellos patrones que hayamos evaluado anteriormente durante las sesiones, reforzando los cambios saludables que se hayan producido en ellos.
 - Patrón de alimentación
 - Patrón de actividad y ejercicio.
 - Ansiedad y estrés.

- Indagar sobre las emociones y sensaciones que ha percibido el paciente ante los cambios.
- Conocer la percepción de cambio del paciente.
- Descubrir la valoración del paciente hacia el programa.
- Psicoeducación y refuerzo sobre los hábitos de vida saludables y la constancia para la consecución de objetivos.
- Cerrar el programa, dejando espacio para la expresión de emociones y sensaciones del paciente, dejando la puerta abierta a un posible seguimiento si lo considera necesario/beneficioso.
- Realizar la práctica de la UVA PASA.

BIBLIOGRAFÍA.

¹ Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 311, Junio 2016:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La Encuesta Europea de Salud en España 2014. [Internet] Consulta el 4 de enero de 2017.

Disponible en:

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_s_alud_30_indic.pdf

³ Korne J, Aronne LJ. The emerging science of body weight regulation and its impact on obesity treatment. *J Clin Invest* 2003; 111:565-570.

⁴ Nanda Internacional. NANDA Diagnósticos Enfermeros 2015-2017.

Definiciones y clasificación. 3rd ed. ELSEVIER; 2016.

⁵ Martínez, B. P. R., Rodríguez, G. A. R., Cordero, R. Á., González, F. A. C., Wiella, G. R., Millán, J. P. P., ... & Ochoa, K. R. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147.v

<http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf>

⁶ Organización Mundial de la Salud, comunicado de prensa conjunto: OMS Y Banco Mundial. Abril 2016:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

⁷ Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q.. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating disorders*, 19(1), 49-61.2010.Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>

⁸ Dalen, J., Smith, B. W., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. Pilot study: Mindfull Eating and Living (MEAL): Weigth eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary therapies in medicine*, 18(6). 2010. P.260-264.

⁹ Reig VM, Blanch AJ. La enfermería en interconsulta. En: Rojo RJE, Cirera CE. *Interconsulta Psiquiátrica*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1997. P.591-597.

¹⁰ Bobe GJ, Portilla MPG, Bascarán FMT, et al. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7ª ed. España: Ars Médica; 2002.