

# **ABORDAJE DE LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA**

## **Secuencia de actividades en la consulta de atención primaria**

El orden que se propone es el siguiente:

1. Definición del **perfil** del paciente
2. Determinación de la **fase de cambio**
3. Exploración de **expectativas, motivación y percepción de autoeficacia**
4. Establecimiento y planificación de **objetivos**: alimentación y actividad física
5. Seguimiento y evaluación

<b><u>Actuaciones en la consulta</u></b>	<b><u>Instrumentos</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Definición del perfil del paciente</b></li><li>• <b>Determinación de la fase de cambio</b></li><li>• <b>Exploración de expectativas, motivación y percepción de autoeficacia</b></li><li>• <b>Establecimiento y planificación de objetivos</b></li><li>• <b>Seguimiento y evaluación</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Observación, medición y entrevista clínica</b></li><li>• <b>Entrevista motivacional , hoja de balance decisional</b></li><li>• <b>Entrevista motivacional , cuestionarios de locus de control, autoeficacia, calidad de vida y autoestima</b></li><li>• <b>Autorregistro</b></li><li>• <b>Contrato de alimentación y actividad física</b></li><li>• <b>Estrategias de mantenimiento, actividades grupales, entrevista motivacional</b></li></ul>

## **1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DEL PACIENTE**

- “Mirar al paciente”: edad, sexo, características externas, **comunicación no verbal**
- Medida de peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial
- Identificación de factores de riesgo y/o comorbilidad (historia clínica personal y familiar)
- Si es posible centrarse en el problema de la obesidad: preguntar por antecedentes familiares, intentos previos de perder peso, explorar

cómo vive la situación. **Dejar hablar y escuchar al paciente sin juicios previos**

- Puede ser útil la identificación del **estilo atribucional (EA)** o **locus de control (LC)** Se llama "locus de control" o estilo atribucional a la percepción del control que se tiene sobre aquello que nos sucede. Las personas con un LC o EA **externo** atribuyen lo que les sucede a circunstancias externas (la suerte o la intervención de otras personas), mientras que los que lo tienen **interno** tienden a responsabilizarse de todo lo que les ocurre. Frecuentemente se suele dar un modelo mixto, de forma que hay personas con la autoestima baja que atribuyen lo bueno que les sucede a la suerte pero se atribuyen lo malo, o al contrario, los que piensan que lo malo que les ocurre es por mala suerte, pero lo bueno es mérito suyo. Existe un sencillo cuestionario que permite evaluar el locus de control (**anexo 1**)
- Es imprescindible determinar la **percepción de autoeficacia**, es decir, la confianza de una persona sobre su capacidad para desempeñar una tarea determinada y tener éxito, ya que este es uno de los factores esenciales en el cambio de conducta. En el **anexo 2** se presenta un modelo de evaluación de autoeficacia respecto a alimentación y ejercicio
  - También puede ser de utilidad pasar el cuestionario de Goldberg, para detectar alteraciones en el estado de ánimo (**anexo 3**)
  - Y finalmente se deben determinar los factores que pueden favorecer o dificultar el cambio: familiares, sociales, ambientales, etc.

## **2. DETERMINACIÓN DE LA FASE DE CAMBIO**

Todo cambio de conducta requiere pasar por distintas fases. Prochaska y DiClemente las identificaron en un modelo más o menos circular, ya que se puede transitar de una otra, en uno u otro sentido. La única a la que no se puede volver, una vez sobrepasada, es la precontemplación.

### **Precontemplación**

En esta fase la conducta no es vista como un problema y la persona manifiesta escasos deseos de cambiar. Se trata de personas que no son conscientes y que generalmente acuden obligados. "No tengo ningún problema"

### **Contemplación**

La persona empieza a ser consciente de que tiene un problema y está activamente buscando información y se plantea el cambio seriamente, aunque todavía no ha hecho ningún intento. Se halla en una etapa de ambivalencia. Piensa que no será capaz de cambiar. Tiene miedo a perder más que a ganar si intenta cambiar. "A lo mejor tengo un problema" "A veces pienso que tengo un problema, otras veces pienso que no o intento pensar que no"

### **Decisión**

El sujeto se ha planteado modificar su conducta en un plazo determinado. Requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta (percepción de autoeficacia). "Tengo un problema y estoy dispuesto a resolverlo"

### **Acción**

El individuo ha iniciado activamente el cambio de su conducta, llegando a lograrlo con éxito. "Ya he comenzado a cambiar mis hábitos"

### **Mantenimiento**

Pasados seis meses de iniciado el cambio se pasaría a hablar de una fase de mantenimiento. El individuo ejecuta las estrategias necesarias para prevenir las recaídas y, de este modo, afianzar las ganancias logradas en la fase anterior. "Me mantengo a pesar de las tentaciones".

## **3. EXPLORACIÓN DE EXPECTATIVAS, MOTIVACIÓN Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA**

Se han identificado varios factores determinantes de las conductas humanas: lo que se ha aprendido y se tiene por bueno (creencias y valores, tanto a nivel individual como social), la motivación y la percepción de la posibilidad del cambio, tanto por la propia capacidad como por la falta de obstáculos. La identificación de estos aspectos mediante la entrevista motivacional nos facilitará mucho la labor.

### **Entrevista motivacional**

La entrevista motivacional se diferencia de la entrevista clínica en la actitud del profesional, que pasa de ser el experto que informa y da consejos desde la autoridad que le proporcionan sus conocimientos a actuar como un colaborador con el paciente, para que sea éste quien sea el agente de su propio cambio.

Características de la entrevista motivacional:

- Escuchar activa y reflexivamente.
- Mostrar empatía
- Adaptar las actuaciones a la fase de cambio (modelo de Prochaska y Di Clementi)
- Crear una discrepancia o ambivalencia. (**anexo 4**)
- Evitar la confrontación
- Fomentar la autoeficacia.

Las actividades programadas en la entrevista motivacional van ligadas a la **fase de cambio**.

Pacientes en fase de **precontemplación**:

#### **Características:**

- desinterés por modificar la conducta

#### **Objetivos:**

- Aumentar la percepción del paciente de los riesgos e inconvenientes de su conducta actual.

- Sensibilizar respecto al beneficio del cambio de conducta

**Estrategias:**

- dar información de manera neutra (individual o en grupo)
- pasar algún cuestionario de calidad de vida

Pacientes en fase de **contemplación**:

**Características:**

- empieza a ser consciente de que existe un problema, busca activamente información, se plantea el cambio
- ambivalencia: tiene miedo a perder más que a ganar si intenta cambiar
- sensación de falta de eficacia y habilidades para realizarla

**Objetivos**

- aumentar la percepción de discrepancia entre su conducta y sus metas
- inclinación de la balanza: razones para cambiar y riesgos de no cambiar
- ayudar a aumentar la sensación de autoeficacia y de que los beneficios superan con creces a las pérdidas

**Estrategias**

- autorregistro de alimentación y actividad física
- balance decisional
- recordar logros pasados o presentes (criar hijos, aprobar oposiciones, haber abandonado el tabaco...)

Pacientes en fase de **preparación o acción**

**Características**

- el sujeto se ha planteado modificar su conducta en un plazo determinado
- requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta (autoeficacia y locus de control interno)

**Objetivos:**

- autocontrol y prevención de recaídas

**Estrategias**

- establecimiento de metas razonables y escalonadas.(Una reducción del 10% del peso en 6-12 meses o 0,5-1 kg/semana reduce el riesgo cardiovascular y de diabetes tipo 2).

Pacientes en fase de **mantenimiento**

- reforzar las conductas deseables y alabar los logros
- enseñar a identificar las situaciones de alto riesgo (celebraciones, vacaciones...)
- técnicas de relajación para controlar la ansiedad

**4. ESTABLECIMIENTO Y PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS: ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA**

Los objetivos deben establecerse teniendo en cuenta las **características, expectativas y valores** del paciente; deben ser fácilmente alcanzables y escalonados y el grado de dificultad tiene que ser progresivo.

## Plan de alimentación

- Cálculo de **necesidades calóricas** En OMI-AP existe una calculadora que determina el número de calorías necesario para alcanzar lo que denomina "peso ideal", aunque en realidad se trata del peso que se desea alcanzar.
- Cálculo del **aporte calórico actual**: autorregistro del consumo (**anexo 5**) durante una semana. Su cumplimentación es un indicador de éxito, ya que cumple una doble función: que el paciente se de cuenta de lo que realmente está comiendo (el paciente obeso tiende a subestimarlo), y que, como tiene que registrar, reduzca lo que come.
- Establecimiento del aporte diario por **raciones**. Disponemos de una calculadora en formato *excel* que permite repartir las raciones diarias de proteínas, grasas e hidratos de carbono según las preferencias del paciente, que está disponible en (añadir vínculo)
- Explicación de la posibilidad de **intercambios entre alimentos** del mismo grupo, utilizando la tabla equivalencias en medidas de uso habitual (ver documento "Dieta por raciones")

La salud no es la única motivación para alimentarse, influyen otra serie de factores como las preferencias, hábitos, horarios, presupuesto, etc. Además, la comida tiene otras funciones importantes: es un elemento de sociabilidad y placer, está relacionado con la identidad cultural, se utiliza para celebrar, incluso, como saben muy bien los publicistas, es una forma de manifestar amor y cuidado. Así pues, es importante tener en cuenta todas estas cuestiones a la hora de planificar los objetivos.

### Contrato o compromiso

El paciente firma un papel, o se compromete a llevar a cabo los objetivos consensuados.

Ejemplos:

Sobre el **estilo de comer**:

- Horarios regulares
- 5 comidas al día
- Evitar alimentos precocinados
- Comer todos los alimentos con cubiertos de postre (incluso bocadillos)
- Comer despacio (30 minutos) y masticar bien
- Dejar siempre un poco de comida en el plato
- Comer en plato de postre

Sobre la **alimentación**:

- Disminuir el aporte de grasas
- Limitar el consumo de refrescos o bebidas carbónicas
- Desayunar
- Comer 2-3 raciones de fruta al día, evitando uvas y plátanos
- Beber 2 litros de agua al día

## Plan de ejercicio

Hay que adecuar el tipo de ejercicio a las características del paciente: edad, sexo, peso, patologías asociadas, recursos, disponibilidad de tiempo y

espacio y preferencias. Como recomendación general se aconseja realizar una actividad física moderada durante 30 minutos diarios. Esta actividad se puede fraccionar en sesiones no inferiores a 10 minutos.

A pesar de su sencillez la práctica diaria del ejercicio físico es una de las recomendaciones más difíciles de seguir, ya que exige un esfuerzo que no todo el mundo está dispuesto a realizar, ni a mantener. El principal problema que se detecta es la falta de continuidad. En los países anglosajones se han probado diversas estrategias, tales como la intervención breve motivadora y el seguimiento telefónico o el uso de podómetros, pero tal vez el mejor estímulo sea el disfrute que se halle realizando la actividad, y para ello hay que individualizar las recomendaciones. Existe una escala, validada en España por Moreno y col., para medir el disfrute deportivo, de tal manera que se pueda fomentar la motivación. (**anexo 6**)

Se puede proponer el registro del ejercicio físico (**anexo 8**) como estrategia de motivación.

### **Actividad física vs. ejercicio programado**

Actividad física es el incremento del gasto energético mientras se efectúan las actividades de la vida diaria (no coger el coche o aparcar algo lejos de nuestro destino, subir por las escaleras en vez de coger el ascensor, poner el mando de la tele lejos de nuestro alcance...). El efecto de la actividad física es el mismo que el del ejercicio reglado, pero además, al incorporarlo a todas las actividades de la vida diaria se convierte en una rutina y reduce la probabilidad de recuperar peso. En el **anexo 7** se muestran algunos ejemplos de actividad física no reglada.

### **Contrato o compromiso**

El paciente firma un papel, o se compromete a llevar a cabo los objetivos consensuados.

Ejemplos

Sobre la **actividad física**:

- No utilizar el ascensor
- Bajarse del bus una parada antes
- Ir a pie y cada día a la compra
- Andar 10 minutos seguidos, 3 veces al día, 3 veces por semana (para empezar)
- Ponerse música animada para hacer las tareas de la casa, y trabajar a su ritmo

## **5. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

La **recuperación del peso** es una característica prácticamente constante en el paciente obeso ("efecto rebote"). Dado que la obesidad es un problema crónico, una estrategia vital para el mantenimiento de la pérdida de peso es el **seguimiento constante** del paciente.

### **Pacientes en fase de mantenimiento**

- Reforzar las conductas deseables mediante el reconocimiento al esfuerzo y los logros. El paciente suele valorar mucho la aprobación del profesional. Puede consistir simplemente en decirle alguna frase como "lo estás haciendo muy bien", "sabía que serías capaz de conseguirlo"...etc.
- Estrategias de mantenimiento:
  - ✓ Continuar con la actividad física
  - ✓ Planificar ingesta
  - ✓ Buscar apoyo social y familiar que favorezca el mantenimiento
  - ✓ Poner en práctica todas las estrategias (sobre todo el autorregistro) ante un aumento de 1-2,5 kg.

### **Prevención y manejo de recaídas**

La recaída no es una simple transgresión, sino que supone un retroceso a los anteriores patrones de comportamiento y pensamiento. Es aconsejable alertar al paciente sobre esta posibilidad, de forma que si ocurre pueda afrontarla de la mejor manera posible.

Una de las paradojas de la recaída es que mientras más marcados son los síntomas, menos capacidad tiene la persona para poder aceptar las críticas constructivas de las personas que la rodean, y que se preocupan por ella.

El proceso de recaída puede ser detenido por iniciativa propia o por la intervención de personas le sirven de apoyo tales como familiares, amigos o profesionales. El objetivo es ayudar al paciente a renovar el proceso de contemplación, decisión y acción sin que aparezcan bloqueos o desmoralización por las caídas o recaídas. Hay que hacerle ver que a veces las recaídas también son períodos de aprendizaje.

## **6. TRABAJO CON GRUPOS DE PACIENTES**

Es muy eficiente en términos de ahorro de tiempo y de beneficios añadidos, tanto como refuerzo de los conocimientos y logros de los pacientes, como en el intercambio de experiencias y en apoyo que proporciona el grupo. Aunque es aconsejable tener formación específica, puede iniciarse teniendo en cuenta una serie de principios, como que los grupos sean más o menos homogéneos, de no más de 10-12 personas, que los contenidos sean adecuados al nivel cultural y a las necesidades de los participantes y que éstos tengan un papel activo y la posibilidad de interactuar entre ellos y con el dinamizador. Se puede encontrar más información en el documento <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/0B4DA52B-F565-452C-A61F-256C6078766E/193904/MetodologiaEducacionindygrupal.pdf>

### **PUNTOS CLAVE**

- Hay que desplazar el foco de atención hacia el **cambio de hábitos**
- El diseño del abordaje de la obesidad debe hacerse de forma **individualizada y progresiva**
- El paciente debe tomar **parte activa** en el diseño y control de las actuaciones y **responsabilizarse** de los resultados
- El **seguimiento** es una parte muy importante del proceso terapéutico, ya que la obesidad se considera una enfermedad crónica y el cambio de hábitos es un proceso muy largo y costoso



**ANEXO 1**  
**ESCALA DEL LOCUS DE CONTROL EN SALUD**

	muy en desacuerdo	bastante en desacuerdo	ni acuerdo ni desacuerdo	bastante de acuerdo	muy de acuerdo
Si me cuido, puedo evitar la enfermedad (I)	5	4	3	2	1
Cuando enfermo, es por algo que he hecho o dejado de hacer (I)	5	4	3	2	1
La buena salud es en buena parte asunto de suerte (E)	1	2	3	4	5
No importa lo que haga, si tengo que enfermar, enfermaré (E)	1	2	3	4	5
Mucha gente no es consciente de hasta qué punto sus enfermedades están controladas por sucesos accidentales (E)	1	2	3	4	5
Sólo puedo hacer lo que mi médico me dice que haga (E)	1	2	3	4	5
Hay tantas enfermedades extrañas que nunca puedes saber cómo o cuándo vas a coger una (E)	1	2	3	4	5
Cuando me siento mal, sé que es porque no he estado comiendo adecuadamente o haciendo el suficiente ejercicio (I)	5	4	3	2	1
La gente que nunca enferma es porque tiene suerte (E)	1	2	3	4	5
La mala salud de la gente se debe a sus descuidos (I)	5	4	3	2	1
Soy el responsable directo de mi salud (I)	5	4	3	2	1

Las puntuaciones más altas se corresponden con un locus de control externo, y las más bajas con un locus de control interno. (Adaptado de Wallston y col. Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 580-

585

**ANEXO 2**  
**PREGUNTAS SOBRE AUTOEFICACIA**

<b><i>Escala de autoeficacia en nutrición</i></b>	muy insegur@	bastante insegur@	bastante segur@	muy segur@
"¿Cree Vd. que podría conseguir alimentarse de forma sana...	1	2	3	4
... aunque le cueste mucho tiempo adoptar las conductas necesarias?				
... aunque tenga que intentarlo varias veces hasta que lo consiga?				
... aunque tenga que replantearse por completo su forma de alimentarse?				
... aunque no reciba mucho apoyo de los demás cuando haga sus primeros intentos?				
... incluso aunque tenga que hacer un plan detallado?				
<b><i>Escala de autoeficacia en ejercicio físico</i></b>				
"¿Cree Vd. que podría conseguir llevar a cabo sus intenciones de hacer ejercicio ...				
... incluso aunque tenga preocupaciones o problemas?				
... incluso aunque se sienta deprimid@?				
... incluso aunque esté tens@?				
... incluso aunque esté cansad@?				
... incluso aunque esté ocupad@?				

Extraído de: "Health-Specific Self-Efficacy Scales", de Ralf Schwarzer & Britta Renner, 2000

## ANEXO 3

### CUESTIONARIO DE GOLDBERG

#### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

**(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)**

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD=

#### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?

**(Si hay alguna respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)**

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN=

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN

Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas.  
Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas

**ANEXO 4: BALANCE DECISIONAL**

**Balance decisional**

	<b>Beneficios (0-10)</b>	<b>Preocupaciones (0-10)</b>
<b>NO CAMBIAR</b>		
	<b>Preocupaciones (0-10)</b>	<b>Beneficios (0-10)</b>
<b>CAMBIAR</b>		
	<b>Razones para no cambiar (RESISTENCIA)=</b>	<b>Razones para cambiar (MOTIVACIÓN)=</b>

**ANEXO 5  
EJEMPLO DE AUTORREGISTRO DE ALIMENTACIÓN**

<b>Especificar tipo de alimento, cantidad y forma de preparación</b>	
<b>Desayuno</b>	
<b>Media mañana</b>	
<b>Comida</b>	
<b>Merienda</b>	
<b>Cena</b>	
<b>Líquidos</b>	

**ANEXO 6**  
**ESCALA DE MEDIDA DEL DISFRUTE EN LA ACTIVIDAD FÍSICA (PACES) MOLT Y COLS. (2001)**

Cuando estoy activo...

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Disfruto                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Me aburro                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. No me gusta                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Lo encuentro agradable                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. De ninguna manera es divertido               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Me da energía                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Me deprime                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Es muy agradable                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Mi cuerpo se siente bien                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Obtengo algo extra                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Es muy excitante                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Me frustra                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. De ninguna manera es interesante            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Me proporciona fuertes sentimientos         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Me siento bien                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Pienso que debería estar haciendo otra cosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

❶ Totalmente en desacuerdo ❷ Algo en desacuerdo ❸ Neutro ❹ Algo de acuerdo ❺ Totalmente de acuerdo

**Disfrute: 1, 2(-), 3(-), 4, 5(-), 6, 7(-), 8, 9, 10, 11, 12(-), 13(-), 14, 15, 16(-)**

*Moreno, J. A., González-Cutre, D., Martínez Galindo, C., Alonso, N., y López, M. (2008). Propiedades psicométricas de la Physical Activity Enjoyment Scale (PACES) en el contexto español. Estudios de Psicología, 29(2), 173-180.*

## ANEXO 7: EJEMPLO DE ACTIVIDAD FÍSICA NO PROGRAMADA

<p style="text-align: center;"><b>Actividad moderada: 3.0 a 6.0 MET (4 a 7 kcal/min)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividad vigorosa: &gt; 6.0 MET (más de 7 kcal/min)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andar a paso moderado o rápido (4,8 a 6,4 km/h) en terreno llano, p.ej: ir andando a clase o al trabajo, pasear .</li> <li>•Bajar escaleras o cuestas</li> <li>•Cantar y moverse a la vez</li> <li>•Trabajo de casa moderado: fregar el suelo o la bañera, tender la ropa, barrer al aire libre, limpiar el trastero, limpiar las ventanas, mover muebles que pesen poco, sacar la basura pesada, y en general aquellas tareas del hogar que requieren un esfuerzo considerable</li> <li>•Recoger la compra andando y acarreando artículos muy grandes o de peso <math>\leq 25</math> kg.</li> <li>•Jugar activamente con niños andando, corriendo o trepando</li> <li>•Andar llevando en brazos a un niño <math>&lt; 25</math> kg.</li> <li>•Andar empujando o tirando del cochecito del niño o de un adulto en silla de ruedas</li> <li>•Manejar a un niño que no coopera o manejas dos niños a la vez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Marcha atlética <math>\geq 8</math> km/h</li> <li>•Trotar o correr</li> <li>•Propulsar la silla de ruedas</li> <li>•Trabajo de casa pesado: mover o empujar muebles pesados (<math>\geq 35</math> kg) o subir un tramo de escaleras acarreando 12,5 kg o más</li> <li>•Acarrear bolsas de la compra con peso <math>\geq 12,5</math> kg. de una vez subiendo por un tramo de escaleras</li> <li>•Ir a la compra llevando niños pequeños y empujando el carro lleno, o ir a la compra y llevar dos carros llenos</li> <li>•Jugar vigorosamente con niños corriendo distancias largas o jugando a juegos agotadores</li> <li>•Hacer carreras o trotar mientras de empuja un cochecito</li> <li>•Estar de pie o andar mientras se sostiene en brazos a un niño <math>\leq 25</math> kg.</li> </ul>



**ANEXO 8**  
**EJEMPLO DE REGISTRO ACTIVIDAD FÍSICA PROGRAMADA**

	<b>Tipo ejercicio</b>	<b>Duración</b>
<b>lunes</b>		
<b>martes</b>		
<b>miércoles</b>		
<b>jueves</b>		
<b>viernes</b>		
<b>sábado</b>		
<b>domingo</b>		