



Facilitar la participación de las personas con obesidad en las actividades de la vida diaria

2022 adaptado por: Herrera Santelices Aⁱ, Troncoso Ortíz E.ⁱⁱ
El capítulo adaptado es de: Forhan M, Grand C, Hung P. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Enabling Participation in Activities of Daily Living for People Living with Obesity. (version 1, 2020). Disponible en: <https://obesitycanada.ca/guidelines/participation>. © 2020 Obesity Canada.

- i) Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile. Hospital San Juan de Dios de Curicó, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Curicó, Chile.
- ii) Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Indisa, Santiago, Chile.

Cómo citar este documento

Facilitar la participación de las personas con obesidad en actividades de la vida diaria. Adaptación de la guía de práctica clínica (Coalición chilena para el estudio de la obesidad, version 1, 2022) por Herrera Santelices A, Troncoso Ortíz E. Capítulo adaptado de: Forhan M, Grand C, Hung P. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Enabling Participation in Activities of Daily Living for People Living with Obesity. (version 1, 2020). Disponible en: <https://obesitycanada.ca/guidelines/participation>. © 2020 Obesity Canada. Disponible en: guiasobesidadchile.com/participacion
Fecha de consulta [Fecha].

MENSAJES CLAVE PARA EL PERSONAL DE SALUD



Preguntar a los pacientes sobre su desempeño en las actividades de la vida diaria, incluyendo la movilidad, el cuidado personal, y las interacciones con el entorno social y existente, proporcionará información valiosa sobre los facilitadores y las barreras para la participación en las actividades diarias, incluyendo las recomendaciones de tratamiento. A su vez, pregunte a los pacientes a qué hora del día les viene mejor acudir a las citas y trabaje con ellos para integrar las actividades relacionadas con el tratamiento de la obesidad en su rutina diaria, dejándoles el tiempo necesario. Esto puede ayudar al personal de salud a adaptar las intervenciones para el tratamiento y el manejo de la obesidad.

- Los lugares y espacios donde se prestan los servicios de salud deben ser físicamente accesibles, equipados y respetuosos en términos de su utilización por parte de las personas con obesidad, de modo que los pacientes puedan acceder a toda la gama de servicios de atención, incluidas la evaluación y el tratamiento. También hay que tener en cuenta las características de accesibilidad en el centro de salud, como el acceso al estacionamiento, el transporte público y el ancho de las puertas para que pasen los equipos de movilidad.
- La prevención de lesiones, que incluye la reducción del riesgo de caídas, es posible mediante la prescripción de ejercicios para mejorar el control postural, el equilibrio y la fuerza de las

extremidades inferiores. La Falls Efficacy Scale¹ es una medida psicométrica fiable que determina la preocupación de una persona por su riesgo de caídas mientras realiza actividades de la vida diaria que implican caminar o desplazarse.

- Los pacientes que reportan dificultades significativas para participar en las actividades de la vida diaria pueden beneficiarse de una derivación a kinesiología, terapia ocupacional, fisioterapia y/o dermatología.^{2,3}
- El personal de salud debe examinar el estado de salud de la piel y heridas de los pacientes, para identificar cualquier aspecto preocupante, como puntos de presión, resquebrajamientos o signos de infección.⁴
- El personal de salud debe identificar cuando el dolor interfiere con las AVD en las personas que viven con obesidad, si el dolor es de la columna lumbar puede utilizar índice de discapacidad de Oswestry como medida confiable, válida y sensible para evaluar el grado de discapacidad ocasionado por él.⁵
- El personal de salud debe fomentar el uso de estrategias de conservación de energía para facilitar la participación en las Actividades de la Vida Diaria (AVD): estrategias de posicionamiento, uso de asientos y dispositivos de ayuda para vestirse, bañarse etc.

MENSAJES CLAVE PARA PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD



- Algunas personas con obesidad tienen problemas de movilidad y corren el riesgo de sufrir resbalones, tropiezos o caídas. Esto podría interferir con su capacidad e interés en participar en la actividad física. Informe al personal de salud que lo atiende si ha tenido una caída o tiene miedo a caerse mientras realiza sus actividades cotidianas.⁶
- Las consultas de atención de sus médicos y los espacios de atención clínica deben ser físicamente accesibles y estar equipados para que todos los pacientes puedan acceder a toda la gama de servicios de atención clínica, incluida la evaluación y el tratamiento. Comunique al personal de salud si existen barreras que le impiden participar plenamente y tener acceso a la atención médica. Esto incluye el acceso a estacionamiento, transporte público, ascensores, escaleras, asientos, puertas, accesibilidad a los baños, etc.

- La obesidad se asocia a un mayor riesgo de alteraciones cutáneas que pueden dar lugar a enrojecimientos, ampollas, sarpullidos y heridas abiertas que se resisten a cicatrizar. Las personas con obesidad deben vigilar de forma rutinaria la condición de su piel y el estado de las heridas para identificar cualquier aspecto preocupante, como puntos de presión, roturas de la piel o signos de infección. Debe prestar especial atención a las zonas de los pliegues de la piel.⁴ Asegúrese de informar al personal de salud que lo atiende si tiene una lesión dérmica no importando su localización.
- Las restricciones en el rango de movimiento, equilibrio y movilidad que experimentan algunas personas con obesidad pueden afectar la capacidad para realizar actividades de autocuidado, como bañarse, vestirse, controlar el intestino y/o la vejiga, cuidar la piel y/o las heridas y cuidar los pies. Los problemas en este ámbito pueden requerir la adaptación de las actividades de autocuidado y/o el uso de dispositivos de asistencia: alzador, esponjas de mango largo, banco para el baño, barras de sujeción, ayudas técnicas para vestirse y moverse.⁷

RECOMENDACIONES ADOPTADAS



- Recomendamos que el personal de salud pregunte a las personas con obesidad si les preocupa el manejo de las actividades de autocuidado, como bañarse, vestirse, el control del intestino y la vejiga, el cuidado de la piel y las heridas, y el cuidado de los pies (Nivel 3, Grado C).⁷
- Recomendamos que el personal de salud evalúe el riesgo de caídas en las personas con obesidad, ya que esto podría interferir con su capacidad e interés en participar en la actividad física (Nivel 3, Grado C).⁶
- Como recomendación de buena práctica clínica, sugerimos

la derivación a fisioterapia cuando el dolor crónico interfiere con la ejecución o participación en las AVD en las personas con obesidad.⁵

- Como recomendación de buena práctica clínica, sugerimos la derivación a dermatología para el cuidado de la piel y heridas, cuando el problema cutáneo o herida no se curan en las personas que viven con obesidad.
- Como recomendación de buena práctica clínica, sugerimos la derivación a especialista, a personas con obesidad que vean interferida sus AVD y calidad de vida producto de alguna afección en la función sexual.

INTRODUCCIÓN

Las actividades de la vida diaria (AVD) son tareas rutinarias y esenciales para todas las personas, incluyen habilidades fundamentales para el autocuidado e independencia, se identifican como básicas e instrumentales. Las AVD básicas son aquellas necesarias para manejar las necesidades físicas básicas: traslado o deambulación, alimentación, vestirse, higiene personal, aseo y continencia. Las AVD instrumentales incluyen actividades más complejas relacionadas con la capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad: la gestión de las finanzas y los medicamentos, limpieza del hogar, lavado de ropa, preparación de alimentos, transporte y compras, comunicación con otros.⁸

Las personas que viven con obesidad en ocasiones tienen dificultades para participar o realizar las AVD, lo que puede conducir a situaciones inseguras y a una mala calidad de vida. La obesidad se asocia a un mayor tiempo dedicado a las actividades de autocuidado, lo que indica que los pacientes pueden necesitar más tiempo para completar las AVD, como bañarse, vestirse y desplazarse de un lugar a otro. Se ha informado que las personas que viven con obesidad dedican casi el triple de tiempo a las AVD versus personas sin obesidad de la misma edad, lo que deja menos tiempo para el trabajo, descanso y actividades de ocio.⁷ La obesidad clase II y III se asocian a un aumento de las probabilidades de deterioro de las AVD como acostarse y levantarse de la cama, vestirse, bañarse, comer.^{6,7,9}

Así mismo, algunas personas con obesidad experimentan limitaciones para poder alcanzar zonas de su cuerpo y realizar actividades de higiene personal.¹⁰ La obesidad es una condición de salud que puede experimentarse como una discapacidad, resultado de las restricciones de participación o limitaciones de las actividades causadas por factores de los entornos físicos y sociales, factores personales o disfunción de las estructuras y funciones corporales. Los pacientes con obesidad son expertos en saber cómo desenvolverse en el día a día. Sin embargo, el personal de salud a menudo no es consciente de los retos que experimentan las personas con obesidad; por lo tanto, no se abordan y pueden convertirse en barreras para el manejo de esta.

El propósito de este capítulo es proporcionar a los equipos de salud recomendaciones que les ayuden a identificar los factores que sus pacientes pueden necesitar para participar de las AVD, así promover la salud y el bienestar. Es nuestra intención que el trabajo en esta área continúe y se generen más evidencias que contribuyan a mejorar la participación en las actividades cotidianas, que se consideren el tratamiento de las consecuencias funcionales de la obesidad y las barreras ambientales y sociales que repercuten en la discapacidad que sufren algunas personas en tratamiento por obesidad.

IMPACTO DE LA OBESIDAD EN EL DESEMPEÑO DE LAS AVD

Los pacientes en tratamiento para la obesidad suelen tener dificultades para participar o realizar las AVD que incluyen actividades necesarias para el control y el tratamiento satisfactorio de la obesidad, como el ejercicio físico y la preparación de las comidas. La capacidad de hacer actividades de forma independiente (como bañarse, vestirse y acceder a los servicios sanitarios) también es necesaria para seguir un tratamiento de manejo de la obesidad. Cabe destacar que, el índice de masa corporal (IMC) no siempre es un factor independiente de predicción de las dificultades de movilidad y aunque puede parecer lógico suponer que la forma del cuerpo o la distribución de la grasa corporal tienen un impacto en la movilidad (parte media o baja del cuerpo), no se ha reportado hasta la fecha ninguna asociación con la función o la discapacidad de las extremidades inferiores.¹¹

Estar satisfecho con la capacidad para realizar las AVD se asocia con la calidad de vida relacionada a salud, ya que reduce la discapacidad y ayuda a las personas con obesidad a desenvolverse en casa y en sus comunidades. El cumplimiento de estos objetivos contribuirá a la salud y el bienestar general de los pacientes, al desarrollar capacidad para realizar las AVD y ofrecer oportunidades de participar en actividad física, ser productivo de manera significativa e interactuar socialmente.

Algunos de los retos que experimentan las personas con obesidad requerirán la disponibilidad de servicios y apoyos a través de equipos multidisciplinarios, profesionales de la rehabilitación y/o servicios para discapacitados, incluida la ayuda financiera para dispositivos de asistencia, adecuaciones arquitectónicas del hogar

y espacios de estacionamiento que sean accesibles, entre otros.

MOVILIDAD

Fuerza muscular: Se ha comprobado que la fuerza muscular, evaluada mediante mediciones de fuerza de agarre bilateral de la mano, medidas con un dinamómetro, es el mejor predictor de la discapacidad para la movilidad.¹² Aunque no es lo ideal, una alternativa a la medición de la fuerza de agarre y de las extremidades inferiores mediante un dinamómetro en atención primaria, es preguntar al paciente si tiene dificultades para subir un tramo de escaleras o para caminar 400 metros en una superficie plana en 15 minutos sin sentarse a descansar.¹²⁻¹⁴

Riesgo de caída: Los profesionales sanitarios deben evaluar el riesgo de caídas. La Escala de Eficacia de las Caídas (FES) es una medida psicométrica sólida que determina la preocupación de una persona por su riesgo de caídas mientras realiza sus AVD.¹ Aunque la FES se ha utilizado principalmente en poblaciones de adultos mayores, puede servir como guía útil para formular preguntas prácticas y realizar una evaluación general de la preocupación de un paciente con respecto a las caídas y su prevención.

El riesgo de resbalones, tropiezos y caídas aumenta en todas las clases de obesidad, con un mayor riesgo de lesiones en los adultos que tienen obesidad clase II o III.¹⁵⁻¹⁸ En adultos, la obesidad clase III se asocia con una disminución del equilibrio, medida por el tiempo de mantenimiento del equilibrio y la oscilación postural del tronco durante la postura unipodal en una plataforma móvil.¹⁹ El riesgo de caídas puede mejorar con el tratamiento de la obesidad. Un estudio demostró en una pequeña muestra de hombres adultos que una pérdida de peso significativa mejora la estabilidad postural, y que, dicha mejora estaba directamente relacionada con la cantidad de peso perdido (el promedio de peso perdido fue de 12,3 kg tras una intervención dietética y de 71,3 kg tras una intervención quirúrgica).²⁰

Para los pacientes con obesidad clase III que están en tratamiento para la obesidad y están perdiendo peso, incluya el entrenamiento del equilibrio para mejorar el equilibrio y balanceo del tronco.¹⁹ El entrenamiento específico del equilibrio incorporado a un programa multidisciplinario de reducción del peso corporal de tres semanas, mejoró significativamente el equilibrio y redujo la oscilación del tronco más que la reducción del peso corporal por sí sola.¹⁹

Muchas guías de prácticas clínicas relacionadas a la evaluación y manejo del riesgo de caídas recomiendan modificación del entorno, corrección de la visión, evaluación y corrección del calzado, estratificar el riesgo de caída, pruebas de valoración de la marcha y el equilibrio, promoción del ejercicio, revisión de los medicamentos, derivación a fisioterapia e intervenciones cardiovasculares.²¹

Aptitud física: La aptitud física es importante para las tareas de la vida y la salud cotidiana. En general, la aptitud física es menor en las personas con sobrepeso u obesidad y la pueden mejorar al

participar en programas de entrenamiento físico sin centrarse en la pérdida de peso. Los profesionales de la salud deben considerar las necesidades y preferencias de la persona con obesidad a la hora de asesorar sobre el ejercicio físico.²²

DOLOR

Existe una asociación significativa entre la grasa corporal y el dolor musculoesquelético, particularmente dolor generalizado y en articulaciones como columna lumbar, rodillas y pies, siendo la grasa corporal un mejor indicador de riesgo en comparación con el peso corporal.²³ Además, se ha reportado que el dolor crónico relacionado con la obesidad incluye dolores de cabeza, abdominal, pélvico y neuropático, entre otros.²⁴

Por otra parte, la evidencia muestra que una elevada circunferencia de cintura y la relación cintura cadera se asocian a un mayor riesgo de dolor lumbar crónico; por cada 10% de aumento en la grasa corporal el riesgo de dolor lumbar aumenta en un 23%; y, por cada 10 kilos de aumento en la grasa corporal total, el riesgo aumenta en un 24%.²⁵ Junto a esto, se ha planteado que un bajo nivel de actividad física está asociado con la presencia de dolor lumbar en personas con obesidad.²⁴ Además, se ha documentado que el exceso de peso desplaza el centro de gravedad y aumenta la tensión mecánica, tanto de las articulaciones como de los tejidos corporales, lo que induce a limitaciones físicas, discapacidades y alteraciones significativas de la calidad de vida debido al dolor.²⁶

Por lo tanto, el dolor agudo o crónico tienen impactos negativos en muchos aspectos del funcionamiento físico y, por ende, en el desempeño de las AVD. No sólo influye en el volumen del comportamiento físico, sino también en la complejidad de los movimientos,²⁴ puede interferir en la ejecución o participación de las AVD, como, por ejemplo: estudiar o realizar tareas de la casa, calidad del sueño, trabajar fuera de casa, caminar de prisa, estado de ánimo, manejar o utilizar algún transporte, así como en la energía y vitalidad.

La incapacidad funcional ocasionada por el dolor es causa de sufrimiento, no sólo para los pacientes, sino también, para sus familias y personas cercanas, por lo que la educación, la modificación de la conducta y un mayor nivel de actividad física, incluidos ejercicios específicos, son herramientas comunes tanto para la obesidad como para el manejo del dolor.²⁷

El índice de discapacidad de Oswestry (ODI) es una herramienta de medición confiable, válida y sensible para evaluar el grado de discapacidad ocasionado por el dolor lumbar.⁵ Ante todo lo expuesto anteriormente, como recomendación de buena práctica clínica, se sugiere la derivación a fisioterapia para el manejo del dolor crónico que interfiere con la participación en las AVD y con la calidad de vida.

SALUD SEXUAL

La salud sexual es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, las parejas y las familias, así

como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como «un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad; y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos».²⁸

El funcionamiento sexual es un indicador importante de la calidad de vida, que puede verse afectada por muchos factores, entre ellos la obesidad y sus comorbilidades, alterando varios aspectos de la salud, especialmente la salud física y mental, tanto de la mujer como en el hombre²⁹ siendo más frecuente en las mujeres.³⁰ La disfunción sexual incluye afecciones en el deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, eyaculación precoz, vaginismo y relaciones sexuales dolorosas,³¹ afecta negativamente la calidad de vida y autoestima, provocando angustia emocional, problemas en la relación de pareja, depresión, ansiedad, mala imagen corporal y baja autoestima.^{30,32} La literatura informa que los tratamientos deben abordar todos los dominios de la disfunción sexual, así como el componente biopsicológico de la experiencia sexual, se sugiere terapia farmacológica, placebo, terapia conductual, estrategias para disminuir el peso corporal o las terapias multimodales.^{30,33,34}

En mujeres, la disfunción sexual es una afección multifactorial que incluye aspectos orgánicos y psicológicos; muy prevalente, siendo de un 30 a un 50%,³³ comprende cuatro dominios principales de disfunción: trastorno del deseo sexual hipoactivo, de la excitación, orgásmico y trastorno por dolor sexual.³³ Sin embargo, la relación entre obesidad y disfunción sexual parece ser explicada en su mayoría por trastornos del piso pélvico y por la alteración en la función vascular, esto último, explicado por una asociación entre las enfermedades cardiometabólicas y la disfunción sexual.^{32,34} En hombres, la disfunción sexual asociada a la obesidad afecta principalmente la función eréctil, donde la obesidad abdominal aumenta este riesgo en un 50%; además, la falta de confianza causada por la obesidad también puede promover su aparición.³⁰

La evidencia muestra que tanto en mujeres y hombres, estrategias para la disminución del peso corporal, tales como cirugía bariátrica, tratamiento farmacológico y terapia conductual mejoran su función sexual.^{30,34} Es probable que esto sea por el resultado de una combinación de factores que son modificados tras la pérdida de peso, es decir: mejora en la imagen corporal, el estado psicológico y mental, niveles de hormona sexuales, corrección de la disfunción endotelial vascular, remisión de enfermedades y mejora de la calidad de vida.^{30,34}

Por otro lado, se ha demostrado que la participación en ejercicio físico regular mejora la disfunción sexual tanto en hombres como en mujeres; en el hombre: mejora la función eréctil a través de diferentes mecanismos que involucran el metabolismo de la glucosa y los lípidos, la regulación de la presión arterial, la producción de óxido nítrico y la modulación hormonal, se ha

demostrado que el ejercicio aeróbico de intensidad moderada a vigorosa sería más eficaz para ello. En las mujeres, los ejercicios de piso pélvico junto con las disciplinas de cuerpo-mente han mostrado tener un impacto positivo en su función sexual.³²

Se han desarrollado muchos cuestionarios para el estudio y evaluación de la función sexual. Si bien, existen varios índices de funcionamiento sexual en general, los instrumentos que miden el funcionamiento sexual por género describirían mejor las diferencias entre hombres y mujeres. Para hombres: El Inventario Breve del Funcionamiento Sexual, el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF);³⁰ para mujeres: el Cuestionario Sexual de Prolapso de Órganos Pélvicos/Incontinencia Urinaria (PISQ-12) ha mostrado ser válido y confiable para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso uterino e incontinencia urinaria, Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) siendo el mayormente utilizado en investigación, además de haberse traducido al español y validado en diferentes países. Para evaluar ambos géneros, existe el cuestionario Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite).³⁴

La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia. En cuanto al carácter multidimensional de la disfunción sexual y considerando sus consecuencias, esta condición debe ser reconocida en sus etapas iniciales para prevenir consecuencias e impactos futuros, sobre todo, considerando que es muy común y a muchas personas no les gusta hablar de ello.

Ante lo expuesto anteriormente, como recomendación de buena práctica clínica, se sugiere indagar, evaluar, determinar el manejo y derivar a un especialista en caso de que sea necesario, por parte del equipo de salud, en personas que vean interferida sus AVD y calidad de vida producto de alguna afección en la función sexual.

CUIDADO DE LA PIEL

El personal de salud debe abordar el cuidado de la piel como parte de la atención rutinaria a los pacientes con obesidad. Al igual que con muchas consultas clínicas, esto deberá abordarse con cuidado, ya que los pacientes que viven con obesidad pueden sentirse incómodos al hablar de los problemas de la piel por miedo o vergüenza.⁴

Las personas con obesidad pueden presentar un mayor riesgo de sufrir alteraciones de la piel, debido a problemas cutáneos, humedad y fricción en los pliegues, así como dificultad para llegar a ella. Entre los problemas cutáneos específicos se encuentran sequedad, picor, piel lacerada, enrojecimiento y erupciones.⁴ Los lugares del cuerpo donde se han registrado alteraciones de la piel con mayor frecuencia son: debajo de los pechos, las extremidades, ingle, abdomen y muslos, todas ellas zonas en las que puede haber una mayor probabilidad de pliegues cutáneos o de contacto piel con piel.¹

Se han registrado con mayor frecuencia los siguientes factores de riesgo para alteraciones cutáneas:

- Hiperhidrosis (sudoración excesiva) y exceso de humedad en los pliegues de la piel, que pueden contribuir a la aparición de intertrigo y sarpullido por calor.⁴
- Rango de movimiento limitado y el peso de los pliegues de la piel, lo que puede dificultar la limpieza de todas las áreas del cuerpo y contribuir al desarrollo de lesiones por presión.¹⁰
- Desnutrición, que puede afectar a la curación de la piel.¹⁰
- Acceso a ciertas zonas del cuerpo, que puede ser difícil para las personas con obesidad.¹⁰

Se han registrado las siguientes estrategias para el cuidado de la salud cutánea en personas que viven con obesidad:

- Mantener la piel limpia y seca. Esto puede requerir la limpieza de la piel y el cambio de ropa varias veces al día para disminuir la humedad.¹⁰
- Utilizar un paño suave (algodón) para absorber el exceso de humedad, incluso en los pliegues de la piel, para ayudar a minimizar la irritación.¹⁰
- Secar la piel con un ventilador o un secador de pelo en la posición más fría.¹⁰

Como recomendación de buena práctica clínica, se sugiere la derivación a dermatología para el cuidado de la piel y heridas, cuando el problema cutáneo o herida no cura.

CUIDADO PERSONAL

La gestión de la energía y las actividades diarias programadas, incluyendo el uso de dispositivos de ayuda para las actividades de autocuidado, el ritmo, la planificación, la priorización, el posicionamiento para el autocuidado, la preparación de las comidas y las tareas domésticas, pueden ayudar a las personas a gestionar sus actividades de la vida diaria a lo largo del día y de la semana.⁷

Los ejemplos incluyen:

- Sentarse para preparar las comidas.
- Utilizar un asiento de baño para el aseo personal.
- Utilizar ayudas para vestirse.
- Planificar las comidas para gestionar la energía necesaria para cocinar diariamente.
- Organizar el área de preparación de las comidas para promover la accesibilidad a los utensilios de cocina y alimentos, así también como para prevenir el riesgo de accidentes.

El uso de estrategias para manejar la energía en algunas actividades de la vida diaria como las de autocuidado, pueden ayudar a

reservar energía para que se puedan realizar otras actividades cotidianas por ejemplo el ejercicio, las compras, asistencia a citas médicas, el manejo de las finanzas, lavado de la ropa o las actividades sociales y de ocio.

Las estrategias de conservación de la energía también pueden ayudar a los pacientes a gestionar su energía para cambiar su comportamiento y apoyar el control de la obesidad en la preparación de las comidas y la actividad física. Por lo tanto, se sugiere que los profesionales sanitarios tengan en cuenta las estrategias de conservación de energía cuando prescriban actividad física o ejercicios terapéuticos como parte de un plan de tratamiento de la obesidad.

El uso de dispositivos de ayuda, como un alcanzador de mango largo, bastones para vestirse, calzadores, dispositivos para ponerse los calcetines, esponjas de baño y asientos de baño, mitigan los retos que el paciente con obesidad posee en el autocuidado. Estos pueden estar asociados a la disminución de la amplitud de movimiento o la fuerza, y pueden reducir las lesiones asociadas a caídas, distensiones y esguinces.

AMBIENTE FÍSICO CLÍNICO

Existen varias recomendaciones y opiniones que sugieren formas de hacer que un entorno sanitario sea accesible, cómodo y respetuoso para los pacientes con tallas y formas corporales asociadas a la obesidad. Las sugerencias para modificar los entornos existentes ya sean laborales, sanitarios o sociales, se basan en los conocimientos sobre la forma en que los seres humanos interactúan con los lugares, los espacios y los objetos. Además de asegurarse de que todos los suministros y equipos médicos satisfacen las necesidades de los pacientes con obesidad, las opiniones de los pacientes sobre lo que haría que las visitas clínicas fueran más eficaces y cómodas son primordiales. No es necesaria la investigación empírica para identificar dichas estrategias. Todavía no se han publicado investigaciones sobre el efecto de estas intervenciones.

Para ello, se hacen las siguientes recomendaciones para promover el acceso a los lugares y espacios donde se desarrolla la atención de salud. La lista de comprobación (véase cuadro 1) está pensada para orientar un entorno sanitario, como un espacio clínico confortable y amigable. Para utilizar esta lista de comprobación, recorriendo su espacio clínico, evalúe el ambiente físico teniendo en cuenta las interacciones que su paciente puede tener con el entorno a lo largo de su visita.

CONSEJOS SOBRE CUÁNDO DERIVAR A KINESIOLOGÍA

El personal especializado en kinesiología puede ayudar a las personas con obesidad a manejar los retos funcionales. Utilice esta guía para determinar cuándo debe considerar derivar a su paciente al kinesiólogo. Se puede acceder a kinesiología en

una clínica especializada, atención domiciliaria, atención primaria, en los centros de salud ambulatorios y en la consulta privada. Se puede derivar a kinesiología en el caso de que una persona con obesidad presente alguno de los problemas enumerados en la [tabla 1](#).

CONSEJOS SOBRE CUÁNDO DERIVAR A TERAPIA OCUPACIONAL

El personal especializado en terapias ocupacionales puede ayudar a las personas con obesidad en promover las ocupaciones de la vida diaria. Utilice esta guía para determinar cuándo debe considerar derivar a su paciente a terapeuta ocupacional. Se puede acceder a terapia ocupacional en una clínica especializada, atención domiciliaria, atención primaria, en los centros de salud ambulatorios y en la consulta privada. Se puede derivar a terapia ocupacional en el caso de que una persona con obesidad presente alguno de los problemas enumerados en la [tabla 2](#).

CONSEJOS SOBRE CUÁNDO DERIVAR A FISIATRÍA

Las personas especializadas en fisioterapia pueden impactar positivamente en las personas que viven con obesidad afectadas por algún tipo de dolor crónico. El objetivo de su intervención es facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional al paciente. Utilice esta guía para determinar cuándo debe considerar derivar a su paciente a fisiatría. Se puede acceder a fisiatría en una clínica especializada, atención domiciliaria, atención secundaria, centros de salud ambulatorios y en la consulta privada. Se puede derivar a fisiatría en el caso de que una persona con obesidad presente alguno de los problemas enumerados en la [tabla 3](#).

Cuadro 1: **Lista de comprobación para la evaluación del espacio clínico**

Tipo de espacio	Consideraciones
Entrada y zonas de espera Rampa de acceso al espacio clínico y escalera (si procede)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La pendiente de la rampa en todo su largo no podrá exceder el 12%, pavimento antideslizante y ancho mínimo de 1,2 m. Con pasamanos a doble altura continuos. ✓ Los peldaños del acceso tendrán una huella no menor a 0,21 m y contrahuella no mayor a 0,20 m. Con pasamanos a doble altura continuos.
Material de lectura. Carteles de promoción de la salud y obras de arte	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar imágenes y contenidos que puedan estigmatizar, excluir y/o discriminar a las personas con obesidad.
Asientos (sillas y sofás)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de peso adecuada (mínimo 136 kg) ✓ Sillas con y sin apoyabrazos ✓ Espacio de 15-20 cm entre cada silla ✓ Ancho de la silla superior a 51 cm ✓ Profundidad del asiento de la silla superior a 46 cm ✓ Cojines firmes ✓ Altura del asiento: 45 cm ✓ Sillas mezcladas para que no se vea como una sección para personas con obesidad separada de los demás asientos
Baños Inodoro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de peso mínima de 136 kg ✓ Montaje al piso ✓ Asegúrese de que hay suficiente espacio alrededor del inodoro para poder sentarse o sentarse a horcajadas ✓ Barras de apoyo instaladas profesionalmente en la pared para ayudar a subirse o bajarse del inodoro, una fija y una abatible si procede, con altura mínima de 0,6 m y máxima de 0,75 m. ✓ Asiento de inodoro dividido (en forma de U) ✓ Colocar el rollo de papel higiénico al alcance de la mano (es decir, al frente, no detrás del inodoro)
Contenedor de muestras	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recipiente para muestras de orina con asa
Salas de examen Balanza	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de peso mínima de 227 kg ✓ Amplia superficie de apoyo ✓ Barandas de apoyo en la báscula o barras de apoyo montadas en la pared por profesionales cerca de ella ✓ Rampa incorporada para sillas de ruedas o personas con dificultades de movilidad ✓ Asiento y barras de apoyo instaladas profesionalmente ✓ Situada en una zona que proporciona privacidad
Mesa de examen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de peso mínima de 227 kg ✓ Superficie firme y acolchada ✓ Suficientemente ancho como para soportar distintos tipos de cuerpos ✓ Colocados cerca de las estructuras, como las barras de apoyo montadas en la pared
Escabel con escalones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de peso mínima de 227 kg ✓ Amplia superficie ✓ Equipado con barra(s) de apoyo
Equipamiento de la clínica Batas Manguitos de presión arterial Cinta métrica Agujas Espéculo Flebotomía	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponga de una gama de tamaños grandes ✓ Disponga de manguitos grandes y extragrandes ✓ Disponga de cintas con longitud adecuada para medir la circunferencia de la cintura y la cadera. Disponible hasta 304 cm de longitud ✓ Disponga de agujas de recambio de 5 cm para la inyección intramuscular ✓ Disponga de espéculos grandes o extragrandes. Disponible con hoja de 17,8 cm ✓ Disponga de liga más larga de hasta 81 cm de longitud

Adaptado de: Lista de comprobación de equipos y entornos para oficinas y entornos clínicos: Creación de un entorno inclusivo para las personas con sobrepeso y obesidad, desarrollado por el Equipo Provincial de Recursos Bariátricos de los Servicios de Salud de Alberta³ y Normativa de Accesibilidad Universal OGUC Chile.²

Tabla 1: Principales categorías de dificultad en las AVD y tipos de intervenciones kinésicas dirigidas a las personas que viven con obesidad con el objetivo de facilitar la ejecución y participación en las AVD

Categoría de dificultad	Tipos de intervenciones por profesionales en kinesiología
Dificultades de movimiento, dolor o función diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar, diagnosticar y rehabilitar problemas musculoesqueléticos (por ejemplo, dolor, lesiones, limitaciones en la amplitud de movimiento, resistencia, fuerza). • Evaluar, diagnosticar y rehabilitar los problemas de movilidad funcional (por ejemplo, caminar, moverse en la cama, levantarse de una silla, estirarse para alcanzar un objeto). • Evaluar, diagnosticar y rehabilitar la capacidad física para participar en actividades o ejercicios físicos. • Abordar los problemas funcionales tras cambios significativos en el peso corporal (por ejemplo, pérdida de masa muscular). • Evaluar, diagnosticar y rehabilitar el equilibrio y el riesgo de caídas. • Prevenir problemas de salud posteriores o futuros (por ejemplo, evaluar la eficiencia del movimiento, la movilidad para minimizar la tensión en las articulaciones).
Comorbilidades relacionadas con la obesidad que afectan a la función diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Educar sobre las comorbilidades asociadas (por ejemplo, artrosis, neuropatía diabética, incontinencia urinaria*, linfedema*). <p>*Requiere capacitación especializada.</p>
Dificultad para el manejo de la energía en las AVD	<ul style="list-style-type: none"> • Educar para maximizar la energía limitada para las actividades de la vida diaria. • Promover el manejo de la energía para las actividades de la vida diaria, la actividad física o el ejercicio. • Evaluar los cambios recientes en la capacidad funcional o las habilidades diarias relacionadas con el manejo de la energía.
Problemas de postura y posicionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la postura y prescribir ejercicios posturales. • Educar en ergonomía postural. • Evaluar los problemas de posicionamiento (por ejemplo, dolor, apnea del sueño).
Consejería en materia de actividades de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar consejería sobre las limitaciones de la movilidad funcional y las barreras para la ejecución y participación en las AVD, creencias en torno a la actividad física y la(s) causa(s) fundamental(es) de la inactividad. • Abordar los temores relacionados con el movimiento y las AVD (por ejemplo, el dolor con el movimiento o el miedo a caerse). • Prescribir ejercicio terapéutico y actividad física. • Proporcionar educación sobre los beneficios para la salud de la actividad física y el riesgo asociado al comportamiento sedentario.
Problemas de mobiliario doméstico	<ul style="list-style-type: none"> • Educar sobre el mobiliario de la casa y/o el uso correcto de este. • Identificar los problemas del entorno físico del hogar. • Evaluar y analizar la marcha y el calzado, educar sobre el calzado adecuado o la necesidad de una evaluación ortésica. • Evaluar la necesidad de dispositivos de asistencia técnica (por ejemplo, ayudas para la movilidad, soporte abdominal) e indicarlos.
Acceso a los recursos comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar y determinar la necesidad de derivar a otros proveedores de atención médica o especialistas para tratar los problemas físicos y funcionales. • Identificar las barreras físicas para acceder a los recursos comunitarios (por ejemplo, la accesibilidad a equipos técnicos, la búsqueda de programas adecuados con instalaciones accesibles).

Adaptado de *Helping Adults with Obesity Who Have Functional Concerns: Consejos para saber cuándo puede ayudar la fisioterapia*, elaborados por el Equipo Provincial de Recursos Bariátricos de los Servicios de Salud de Alberta.³

Tabla 2: Principales categorías de dificultad en las AVD y tipos de intervenciones terapéuticas ocupacionales dirigidas a las personas que viven con obesidad con el objetivo de facilitar la ejecución y participación en las AVD

Categoría de dificultad	Tipos de intervenciones realizadas por profesionales en terapia ocupacional
Comorbilidades relacionadas con la obesidad que afectan a las AVD	<ul style="list-style-type: none"> Educar a los pacientes en el autocontrol de las comorbilidades asociadas (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, neuropatía diabética, disfagia, artrosis, apnea obstructiva del sueño, afecciones cutáneas, linfedema).
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Prescribir intervenciones psicosociales para abordar el impacto funcional de los trastornos de salud mental en las emociones, pensamientos y los comportamientos. Apoyar una imagen positiva de su cuerpo. Facilitar el compromiso social mediante la mejora de las habilidades sociales o la participación en actividades de recreación. Educar a los pacientes en la optimización del uso del tiempo mediante el desarrollo de rutinas.
Manejo de la energía para las AVD	<ul style="list-style-type: none"> Educar a las personas sobre cómo aumentar el gasto de energía o cómo gestionar la energía limitada (por ejemplo, el autocuidado, el ocio, las compras, el trabajo). Promover el manejo de la energía para la actividad física
Educación y desarrollo de habilidades	<p>Educar a las personas y capacitarlas para que adquieran habilidades en las áreas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Planificación de las comidas y preparación de los alimentos; Equilibrio entre la vida laboral y personal; Compromiso laboral; Manejo del dolor; Actividad física; Manejo del cuidado de la piel; Higiene del sueño y posicionamiento; Manejo del estrés; y Gestión del tiempo de ocio.
Medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> Identificar y abordar las barreras de accesibilidad del hogar. Identificar y abordar las barreras de acceso a los recursos de la comunidad. Adaptar la tarea o el entorno para facilitar el compromiso ocupacional (por ejemplo, posicionamiento, dispositivos de ayuda, organización del espacio).
Equipos de asistencia técnica	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar y recomendar dispositivos de ayuda técnica (por ejemplo, ayudas para el autocuidado, ayudas para la movilidad, soportes abdominales) Entregar información sobre el calzado adecuado o la necesidad de ortesis.
Seguimiento y asesoría	<ul style="list-style-type: none"> Consultar y coordinar las derivaciones a otros profesionales sanitarios o especialistas. Abogar por la compra de dispositivos de asistencia, la participación en programas comunitarios y el acceso a los recursos de la comunidad.

Adaptado de *Helping Adults with Obesity with Functional Challenges: Consejos sobre la derivación a la terapia ocupacional* elaborados por el equipo provincial de recursos bariátricos de los servicios de salud de Alberta.³

Tabla 3: Principales categorías de dificultad en las AVD y tipos de intervenciones de fisioterapia dirigidas a las personas que viven con obesidad con el objetivo de facilitar la ejecución y participación en las AVD

Categoría de dificultad	Tipos de intervenciones realizadas por profesionales en fisioterapia
<p>Comorbilidades relacionadas con la obesidad que afectan a las AVD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las comorbilidades que afectan la ejecución o participación en las AVD (enfermedades musculoesqueléticas, cardiovasculares, respiratorias y neurológicas, por ejemplo: artrosis, lumbago, neuropatía diabética, trastornos de la marcha, secuelas de accidente cerebro vascular) • Diagnosticar funcionalmente al paciente con obesidad de acuerdo con los lineamientos de la CIF, determinar el diagnóstico etiológico o sindromático. • Definir y aplicar estrategias para prevenir complicaciones asociadas a la situación actual. Definir y aplicar estrategias para prevenir nuevos eventos del mismo tipo (prevención secundaria). • Derivar a otros profesionales de la salud para manejo específico de las comorbilidades.
<p>Dolor crónico no oncológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y tratar el dolor crónico de origen no oncológico que afecte la ejecución o participación en las AVD en las personas que viven con obesidad.

Adaptado de Orientación Técnica Manejo del dolor crónico no oncológico en personas de 15 años y más en atención primaria.⁵

Más información: info@ifsochile.cl



Referencias

1. Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journals of Gerontology*. 1990;45(6). doi:10.1093/geronj/45.6.P239
2. Corporación Ciudad Accesible. Normativa Accesibilidad Universal - OGUC| Chile Síntesis Dibujada D.S.50 \ 2015. Published online January 2021.
3. Alberta Health Services. Equipment and Environment Checklist for Offices and Clinical Settings Equipment and Environment Checklist for Offices and Clinical Settings: Creating an inclusive environment for people with overweight and obesity. Published online 2016.
4. Brown J, Wimpenny P, Maughan H. Skin problems in people with obesity. *Nurs Stand*. 2004;18(35). doi:10.7748/ns2004.05.18.35.38.c3609
5. MINSAL Subsecretaría de Salud Pública. Orientación Técnica. Manejo del Dolor Crónico no Oncológico en Personas de 15 años y más en Atención Primaria. Published online 2021.
6. Forjuoh SN, Ory MG, Won J, Towne SD, Wang S, Lee C. Determinants of Walking among Middle-Aged and Older Overweight and Obese Adults: Sociodemographic, Health, and Built Environmental Factors. *J Obes*. 2017;2017. doi:10.1155/2017/9565430
7. Forhan M, Law M, Vrkljan BH, Taylor VH. Participation profile of adults with class III obesity. *OTJR (Thorofare N J)*. 2011;31(3). doi:10.3928/15394492-20101025-02
8. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, Schoo C. Activities of Daily Living. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*. Published online July 3, 2022:47-48. doi:10.1016/B978-0-12-385157-4.00464-4
9. Alley DE, Chang VW. The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *J Am Med Assoc*. 2007;298(17). doi:10.1001/jama.298.17.2020
10. Rose MA, Drake DJ. Best practices for skin care of the morbidly obese. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. 2008;3(2). doi:10.1089/bar.2008.9977
11. Foster NA, Segal NA, Clearfield JS, et al. Central Versus Lower Body Obesity Distribution and the Association With Lower Limb Physical Function and Disability. *PM and R*. 2010;2(12). doi:10.1016/j.pmrj.2010.09.002
12. Marsh AP, Rejeski WJ, Espeland MA, et al. Muscle strength and BMI as predictors of major mobility disability in the lifestyle interventions and independence for elders pilot (LIFE-P). *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. 2011;66 A(12). doi:10.1093/gerona/glr158
13. Stenholm S, Sainio P, Rantanen T, Alanen E, Koskinen S. Effect of co-morbidity on the association of high body mass index with walking limitation among men and women aged 55 years and older. *Aging Clin Exp Res*. 2007;19(4). doi:10.1007/BF03324702
14. Sharkey JR, Ory MG, Branch LG. Severe elder obesity and 1-year diminished lower extremity physical performance in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(9). doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00842.x
15. Stenholm S, Alley D, Bandinelli S, et al. The effect of obesity combined with low muscle strength on decline in mobility in older persons: Results from the InCHIANTI Study. *Int J Obes*. 2009;33(6). doi:10.1038/ijo.2009.62
16. Ylitalo KR, Karvonen-Gutierrez CA. Body mass index, falls, and injurious falls among U.S. adults: Findings from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Prev Med (Baltim)*. 2016;91. doi:10.1016/j.ypmed.2016.08.044
17. Handrigan GA, Maltais N, Gagné M, et al. Sex-specific association between obesity and self-reported falls and injuries among community-dwelling Canadians aged 65 years and older. *Osteoporosis International*. 2017;28(2). doi:10.1007/s00198-016-3745-x
18. Fjeldstad C, Fjeldstad AS, Acree LS, Nickel KJ, Gardner AW. The influence of obesity on falls and quality of life. *Dynamic Medicine*. 2008;7(1). doi:10.1186/1476-5918-7-4
19. Maffiuletti NA, Agosti F, Proietti M, et al. Postural instability of extremely obese individuals improves after a body weight reduction program entailing specific balance training. *J Endocrinol Invest*. 2005;28(3). doi:10.1007/bf03345521
20. Teasdale N, Hue O, Marcotte J, et al. Reducing weight increases postural stability in obese and morbid obese men. *Int J Obes*. 2007;31(1). doi:10.1038/sj.ijo.0803360
21. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, et al. Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 2021;4(12):e2138911-e2138911. doi:10.1001/JAMANETWORKOPEN.2021.38911
22. van Baak MA, Pramono A, Battista F, et al. Effect of different types of regular exercise on physical fitness in adults with overweight or obesity: Systematic review and meta-analyses. *Obesity Reviews*. 2021;22(S4):e13239. doi:10.1111/OBR.13239
23. Walsh TP, Arnold JB, Evans AM, Yaxley A, Damarell RA, Shanahan EM. The association between body fat and musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2018;19(1). doi:10.1186/s12891-018-2137-0
24. Chin SH, Huang WL, Akter S, Binks M. Obesity and pain: a systematic review. *Int J Obes*. 2020;44(5). doi:10.1038/s41366-019-0505-y
25. You Q, Jiang Q, Li D, Wang T, Wang S, Cao S. Waist circumference, waist-hip ratio, body fat rate, total body fat mass and risk of low back pain: a systematic review and meta-analysis. *European Spine Journal*. 2022;31(1):123-135. doi:10.1007/S00586-021-06994-Y/TABLES/4
26. Tamin TZ, Murdana N, Pitoyo Y, Safitri ED. Exercise Intervention for Chronic Pain Management, Muscle Strengthening, and Functional Score in Obese Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acta Med Indones*. 2018;50(4).
27. Luan X, Tian X, Zhang H, et al. Exercise as a prescription for patients with various diseases. *J Sport Health Sci*. 2019;8(5):422-441. doi:10.1016/J.JSHS.2019.04.002
28. Salud sexual. Accessed August 5, 2022. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
29. Ranjbar H, Azmoude E. The Relationship Between Body Mass Index and Sexual Dysfunction Among Women: A Meta-Analysis. *Shiraz E-Medical Journal* 2018 19:2. 2018;19(2):14409. doi:10.5812/SEMJ.14409
30. Xu J, Wu Q, Zhang Y, Pei C. Effect of Bariatric Surgery on Male Sexual Function: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Sex Med*. 2019;7(3):270-281. doi:10.1016/J.ESXM.2019.06.003
31. Rezaei F, Hemmati A, Rahmani K, Komasi S. Psychobiological Personality Traits Related to Sleep Disorders and Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2021;8(2):74-89. doi:10.4274/JTSM.GALENOS.2021.04695
32. del Carmen Carcelén-Fraile M, Aibar-Almazán A, Martínez-Amat A, et al. Effects of Physical Exercise on Sexual Function and Quality of Sexual Life Related to Menopausal Symptoms in Peri- and Postmenopausal Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8). doi:10.3390/IJERPH17082680
33. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, et al. Female sexual dysfunction and the placebo effect: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*. 2018;132(2):453-458. doi:10.1097/AOG.00000000000007233
34. Gao Z, Liang Y, Deng W, Qiu P, Li M, Zhou Z. Impact of Bariatric Surgery on Female Sexual Function in Obese Patients: a Meta-Analysis. *Obes Surg*. 2020;30(1). doi:10.1007/s11695-019-04240-5
35. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol*. 2017;81:101-110. doi:10.1016/J.JCLINEPI.2016.09.009/ATTACHMENT/D8C1C473-FCEB-4D1D-A258-ED7F592CF998/MMC2.PDF

El capítulo de **Facilitar la participación de las personas con obesidad en las actividades de la vida diaria** está adaptado de las Guías Canadienses de Práctica Clínica de Obesidad en Adultos (las "Guías") que Obesity Canada posee y de quienes tenemos una licencia. La **Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica** adaptó las Guías teniendo en cuenta cualquier contexto relevante para Chile utilizando un proceso de GRADE-ADOLPMENT.³⁵

La **Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica** reconoce que Obesity Canada y los autores de las Guías no han revisado el capítulo de **Facilitar la participación de las personas con obesidad en las actividades de la vida diaria** y no asumen ninguna responsabilidad por los cambios realizados en dichas Guías, sobre cómo se presentan o difunden las Guías adaptadas. Como Obesity Canada y los autores de las Guías originales no han revisado el capítulo de **Facilitar la participación de las personas con obesidad en las actividades de la vida diaria**, dichas partes, de acuerdo con su política, renuncian a cualquier asociación con dichos Materiales adaptados. Las Guías originales pueden consultarse en inglés en: www.obesitycanada.ca/guidelines.