

**Intervención enfermera en la modificación de estilos de vida en la obesidad en Atención Primaria**

	Muchísimo/ siempre	Mucho/ muchas veces	Bastante / a veces	Poco/ casi nunca	Nada/ nunca
Me cuesta respirar al mínimo esfuerzo	1	2	3	4	5
Se me hinchan los tobillos al final del día	1	2	3	4	5
Tengo rigidez o dolor de articulaciones	1	2	3	4	5
No estoy en forma	1	2	3	4	5
Me duele la espalda	1	2	3	4	5
Me cuesta vestirme y desvestirme	1	2	3	4	5
Me cuesta atarme los zapatos	1	2	3	4	5
Me cuesta subir escaleras	1	2	3	4	5
Paso mucho tiempo sol@	1	2	3	4	5
No tengo fuerza de voluntad	1	2	3	4	5
Me avergüenzo de mi peso	1	2	3	4	5
No quiero que me vean desnud@	1	2	3	4	5
Tengo dificultades para encontrar ropa de mi talla que me siente bien	1	2	3	4	5
Tengo dificultades físicas para la relación sexual	1	2	3	4	5
Evito las relaciones sexuales siempre que puedo	1	2	3	4	5
Me gusta pensar en la comida	1	2	3	4	5
La dieta me impide comer lo que quiero en las comidas familiares o con amigos	1	2	3	4	5
Las dietas me cansan y me hacen sentir mal	1	2	3	4	5
Me siento culpable cuando como cosas que no debería	1	2	3	4	5
Las dietas me vuelven agresiv@	1	2	3	4	5