

SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G. MÉNDEZ
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
RECINTO DE CUPEY
PROGRAMA GRADUADO DE EDUCACIÓN

MÉTODOS Y ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA OBESIDAD EN ADULTOS
CON RETARDO MENTAL

Gladys M. Bastardo Velázquez

Mayo 2010

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
TABLA DE CONTENIDO	iii
Dedicatoria	v
Reconocimientos	vi
Sumario	viii
Lista de tablas.	ix
Lista de apéndice	47
Capítulo I – INTRODUCCIÓN	1
Exposición del Tema	1
Justificación del Estudio	2
Pregunta de Investigación	3
Definición de Términos.	3
Delimitación.	4
Limitaciones.	4
Capítulo II – REVISIÓN DE LITERATURA.	6
Introducción	6
Marco Conceptual.	8-14
Marco Teórico	6-7
Marco Empírico	15-23
Resumen de la literatura	24

Capítulo III: METODOLOGÍA	25
Introducción.	25
Población/Muestra	25
Instrumento	26
Procedimiento	26
Análisis de datos.	27
Capítulo IV – HALLAZGOS.	28
Resultados	28
Discusión	28
Capítulo V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
Conclusiones	38
Recomendaciones	39-40
REFERENCIAS	41-46

LISTA DE TABLAS

TABLA	Página
1. Estudios relacionados a reducción de obesidad.	39

LISTA DE APÉNDICE

Apéndice	Página
A. Instrumento58

DEDICATORIA

En realidad terminar este proyecto de investigación fue un reto. Pude darme cuenta de de muchas cosas. Por eso definitivamente la dedicatoria de este proyecto va primero para Dios quien me permitió terminar con éxito este trayecto de mi vida. Y luego indiscutiblemente para mi familia especialmente mi madre y mi padre Margarita Velázquez y Manuel Bastardo quienes a pesar de todas las situaciones siempre me han apoyado, alentado y colaborado. No sé qué hubiese sido de mí sin ustedes. Gracias por escucharme, aconsejarme y alentarme. A mis hermanos y sobrinos, gracias por comprenderme.

RECONOCIMIENTO

A lo largo de esta maestría varias personas impactaron positivamente mi vida. Por lo cual quiero reconocer y agradecer las exquisitas intervenciones en los salones de clases de personas como el Dr. Omar Ponce, Dr. Albarrán, y Dr. Quiñones quien con su pasión y amor al enseñar estadísticas marco mi vida para siempre. Pero definitivamente mi más genuino agradecimiento va para el Dr. Santini por enseñar y demostrar lo que es ser un profesional de la educación y vivir lo que es su predicación. Sus demostraciones de paciencia, excelencia y tranquilidad se grabaron en mi mente y marcaron mi vida para siempre. Gracias por alentar, comprender y exhortar al triunfo con excelencia y tranquilidad. Por promover la participación, recreación y experiencias de excelencia.

SUMARIO

El propósito de esta investigación fue analizar y comparar algunos métodos o estrategias para reducir la obesidad en adultos con retardación mental. La obesidad, además de ser una epidemia de alcance e impacto mundial, afecta especialmente a la población de personas con retardación mental. Existe una tendencia estadística a presentar mayor número de indicadores de obesidad en relación directa al nivel de funcionalidad o categoría de retardación mental. La investigadora partió de un análisis de las necesidades humanas fundamentándose en el modelo teórico de Maslow, así como una consideración seria a las variables relacionadas con la modificación de conducta esbozadas por Skinner.

El proyecto se realizó resaltando las implicaciones en el estilo de vida, en áreas sociales, físicas, nutricionales y educativas relacionadas a la retardación mental. La investigadora analizó y comparó varios estudios relacionados al problema de obesidad con niños, jóvenes y adultos con retardación mental realizados en Aruba, Estados Unidos, Brazil, España y Perú. Entre los resultados encontrados para trabajar con la reducción de obesidad se encuentran los ejercicios, actividades físicas del diario vivir, nutrición adecuada, plan de meriendas saludables, promoción y educación a la comunidad con respecto a la alimentación sana, actividad cardiovascular diaria, menor ingesta de calorías durante las comidas, trabajar planes individualizados de acuerdo al funcionamiento y necesidad de la persona, y adiestramientos al cuidador o familiares.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Trasfondo y presentación del problema

En los últimos años se ha observado cómo la población en general ha presentado un aumento marcado de sobrepeso y obesidad. El estilo de vida cada vez más inactivo, las comidas fuera del hogar, saturadas de grasas, azúcares y pocas vitaminas, han contribuido a una gran tendencia hacia la obesidad. Los avances tecnológicos, han aportado al trabajo y entretenimiento sedentario cada vez más, Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006).

Actualmente, “la epidemia de la obesidad ha afectado a todos los grupos de edad, tanto los niños como los adolescentes muestran incrementos importantes en los índices de obesidad y sobrepeso, en Estados Unidos de Norteamérica y otros países” (Tejero, 2008, p.442). A grandes rasgos, pueden notarse las tendencias y factores hacia la obesidad de la población general, por lo cual es oportuno orientar sobre la obesidad en adultos con alguna necesidad especial, específicamente, retraso mental.

La Asociación Americana de Retardo Mental (American Association for Mental Retardation, 2002) caracteriza la discapacidad intelectual por “limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales” (p. 69). Esta discapacidad se inicia antes de los 18 años de edad.

Según Verdugo (2002), la preocupación por la salud de los individuos con discapacidad intelectual, se basa en que pueden tener dificultad para reconocer problemas físicos, gestionar su atención en el sistema de salud y la comprensión de los planes de tratamiento.

Además, la mayoría de las veces los individuos con discapacidad intelectual están bajo la tutela o el cuidado de otros, lo cual hace necesario preguntarse si el cuidador está preparado (Mora, Córdoba, Bedoya & Verdugo, 2007). Finalmente, se está trabajando el concepto obesidad en la población general, obesidad en personas con discapacidad y terapias o métodos para reducción de obesidad.

Justificación

La obesidad es uno de los más grandes problemas de salud pública a través del mundo. La población de personas con retardación mental se encuentra en alto riesgo de ser afectada por esta condición, especialmente por factores exógenos relacionados a estilos de vida sedentarios, así como a particularidades alimentarias. Otro factor que puede propiciar la aparición de sobrepeso y obesidad en personas con retardación mental es la ausencia de alternativas de actividades físicas disponibles en las escuelas y comunidades. A través de esta investigación, se obtendrá información sobre la obesidad y estrategias para reducción, en adultos con retardo mental, que será de gran ayuda a familiares, cuidadores y profesionales. También facilitará datos específicos sobre la obesidad en esta población y orientara en cuanto al tratamiento.

Muchas familias de personas con retardación mental carecen de información y enlaces mediáticos que le permitan documentarse y capacitarse sobre técnicas y estrategias para detener la obesidad entre la población general, y en especial, en adultos con retardo mental. Demás está decir que la obesidad trae consigo una secuela de complicaciones y un deterioro en la calidad de vida individual.

Además, el lector tendrá la oportunidad de ver, mediante tablas comparativas, las tendencias relacionadas a la creciente ola de obesidad. A través de este estudio, que

también abarca someramente los hábitos alimenticios y la nutrición, se pretende crear una conciencia social hacia la actividad física y la buena alimentación. Una de las recomendaciones principales para este trabajo es comenzar a prevenir la obesidad mediante alimentación adecuada y actividades físicas a diario.

Preguntas de Investigación

Las preguntas de investigación fueron las siguientes:

1. ¿Cuáles son los métodos o estrategias más efectivos para la reducción de obesidad?
2. ¿Cuáles son algunas de las actividades sugeridas para la reducción de obesidad en adultos con retardo mental?

Definición de términos

En esta sección se definen algunos términos para mayor claridad en la lectura de esta investigación.

1. Índice de Masa Corporal: es un indicador mixto, elaborado a partir de variables que miden dimensiones corporales globales como son el peso y la talla. Es un indicador de masa corporal, y grasa corporal (Paoli, 2005).
2. Obesidad: exceso de grasa corporal que se genera, cuando el ingreso energético, el alimentario es superior al gasto energético, determinado principalmente por la actividad física, durante un período suficiente mente largo. (Peña & Bacallao, 2001).
3. *Retardo Mental*: afección diagnosticada antes de los 18 años de edad que incluye un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio y una carencia de las destrezas diarias para la vida (Hawkins, 1999); discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha

manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. También se emplea el término retraso mental, discapacidad mental y dificultad de aprendizaje. (Sherrill, 2004).

4. Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social (Verdugo, 2002).

5. Obesidad y sobrepeso: acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2004).

6. Actividad Física: cualquier movimiento espontáneo del cuerpo producido por la contracción de los músculos esqueléticos o voluntario, lo cual resulta en un aumento en la tasa metabólica (gasto energético), (Lopategui, 2001).

7. Nutrición: el conjunto de procesos por los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias contenidas en los alimentos (Goldberg, 2002).

Limitaciones

Algunas de las limitaciones que enfrentó este estudio incluyen:

1. Durante la búsqueda de información, para esta investigación, no se encontró una cantidad significativa de estudios realizados sobre retraso mental y obesidad en Puerto Rico.
2. La literatura analizada proviene de Estados Unidos de Norteamérica, Latinoamérica y Europa.

Delimitación

Este estudio se delimita a literatura desde el 1999 hasta el 2009. Los estudios analizados fueron realizados fuera de Puerto Rico. Se obtuvieron por fuentes electrónicas, revistas, publicaciones periódicas y búsquedas por EBSCO Host, Pro Quest y Google

Scholar. Se analizó la obesidad en población adulta en general, y obesidad en adultos con alguna discapacidad mental o retraso.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

Este capítulo presenta la literatura relacionada al tema, detallado en un marco conceptual, teórico y empírico. En la misma se expone y discute el sobrepeso en la población en general y con retraso mental, posibles causas e implicaciones. La información recopilada está compuesta de estudios realizados con adultos en general y con retraso mental, en países como España, Perú, Estados Unidos y Aruba, entre otros.

Marco Teórico

La problemática de la obesidad y el sobrepeso en personas con retardación mental ha sido ampliamente documentado (Mora et al., 2007; Proenca & Macedo, 2009; Bastos, 2008). Para poder lograr que una persona adulta con retardación mental y obesidad reduzca su peso y mejore su situación de bienestar personal, es necesario que se involucre en programas estrictos y consistentes que se acomoden a las personalidades y características fisiológicas y psicológicas de cada individuo. Esta investigación adoptará dos modelos teóricos que se encuentran estrechamente ligados a su temática central: el modelo de jerarquía de necesidades humanas de Maslow (1984) y el modelo de acondicionamiento operante de Skinner (1976). El primero, por sus implicaciones fisiológicas, consideradas las necesidades más importantes en su escala jerárquica, y el segundo por su relación con la modificación de conducta y la enseñanza programada.

Para Maslow (en Craig, 1982) la autorrealización de cada individuo está ligada a la satisfacción de las necesidades humanas. Entre ellas hay necesidades fisiológicas de supervivencia, (alimento, calor y reposo para poder sobrevivir), necesidades de seguridad

(evitar el peligro y sentirse seguro en su vida cotidiana), necesidad de pertenencia o afiliación (amar y ser amado, asociarse y participar), necesidad de autoestima (respuestas positivas de otros, confirmación, elogio y fama) y sensación de bienestar y autosatisfacción. Una vez que las personas están alimentadas y vestidas, han encontrado vivienda, se han afiliado a un grupo y tienen suficiente seguridad en sus capacidades, están listas para intentar el pleno desarrollo de su potencial. En las personas con retardo mental, se pueden directamente adiestrar a familiares, maestros, cuidadores o asistentes. El adiestramiento será para que una vez hayan suplido esas necesidades básicas, como lo son el descanso, el abrigo, el alimento, el techo, la vestimenta entre otros, puedan dirigir el proceso de reducción de obesidad. Es importante suplir la necesidad de aceptación y afiliación, ya que esto producirá un refuerzo en autoestima y calidad de vida.

Skinner propone el refuerzo positivo para la realización de lo que se quiere. El sugirió el condicionamiento operante para enseñar acciones complejas. Lo cual se debe modelar paso por paso. Según la teoría de Skinner se deben premiar las aproximaciones sucesivas de la tarea final (Craig, 1982). Lo que propuso Skinner es que las personas aprenden en pequeños pasos sucesivos, comenzando con la solución de problemas sencillos y pasando eventualmente a tareas de mayor dificultad. Propone reforzar la conducta mediante retroalimentación o reconocimiento. En el caso de reducción de obesidad en adultos con retardo mental se podría manejar la situación es un estímulo por lograr por ejemplos avances en el tiempo de actividad.

Marco Conceptual

El retardo mental se define como funcionamiento intelectual general a un nivel significativamente bajo promedio, que existe a la vez con deficiencia en la conducta de adaptación y se manifiesta durante el periodo del desarrollo y antes de los 18 años (American Association for Mental Retardation, 2002). Deben verse afectadas dos o más de las siguientes áreas: comunicación, auto manutención, destrezas sociales, el uso de la comunidad, la independencia, la salud y seguridad, lo académico funcional, el uso del tiempo libre (recreación) y el trabajo, (Hawkins, 1999).

El desarrollo de las personas con retraso mental es, típicamente, más lento. Además estas personas experimentan dificultades en el aprendizaje y el ajuste social (National Information Center for Children and Youth with Disabilities, NYCHY, 1992). Las regulaciones del Acta para la Educación de las Personas con Discapacidades (IDEA), anteriormente el Acta para la Educación de las Personas con Impedimentos (Ley Pública 94-142), provee la siguiente definición del término “retraso mental”: ‘Las personas con retraso mental tienen un funcionamiento intelectual generalmente inferior al promedio existente al mismo tiempo que demuestran faltas en el comportamiento adaptativo que se manifiesta durante el periodo de desarrollo, e impiden el desarrollo de su educación’ (NICHCY, 1992, p.10).

Según Bastos (2006), el ‘funcionamiento intelectual general’ se refiere a los resultados obtenidos por medio de un examen para medir la inteligencia. Las personas con retraso mental típicamente obtienen un promedio de 70 ó menos. El ‘comportamiento adaptativo’ se refiere al ajustamiento de la persona a la vida cotidiana. Pueden ocurrir dificultades en

la comunicación, y en el aprendizaje de las habilidades sociales, académicas, vocacionales y en la habilidad para vivir en forma independiente.

De la literatura revisada y, según la AAMR (2002), el retraso mental no es una enfermedad. Los niños con retraso mental crecen y pueden aprender solo que en forma más lenta y en ocasiones pueden requerir ciertos tipos de ayuda o apoyos.

Muchos de las personas con retraso mental tienen anormalidades en los cromosomas. Algunos ejemplos de condiciones genéticas incluyen el Síndrome Down, síndrome frágil x, y fenilcetonuria (PKU), (NICHCY, 2002). “Otros factores biológicos incluyen, (pero no se limitan en) la asfíxia, la incompatibilidad sanguínea de la madre y el feto; y las infecciones maternas, tales como la rubeola o el herpes” (Bastos, 2006, p. 32). El uso de drogas durante el embarazo también puede ser causal de retraso mental.

Los diferentes exponentes de la literatura analizada concuerdan en que las personas con retraso mental se desarrollan en la misma forma que las personas normales, pero de forma más lenta. Otros sugieren que “... las personas con retraso mental tienen dificultades en ciertas áreas de pensamiento y aprendizaje como, por ejemplo, el prestar atención, la percepción, o la memoria” (Bastos, 2006). Según Hawkins, (1999) “De acuerdo al grado de retraso mental – leve, moderado, severo, o profundo – los individuos con discapacidades intelectuales se desarrollan en formas diferentes en cuanto a las habilidades académicas, sociales y vocacionales” (p. 3).

De la literatura analizada se desprende que una persona con retraso mental podría necesitar ciertos “apoyos” para poder llevar a cabo determinado proceso de aprendizaje. Según la AAMR, el concepto “apoyo” se refiere: ‘a ciertos recursos y estrategias proporcionados a las personas con retraso mental que mejoran su

independencia/interdependencia'. Es por esta razón que se requiere identificar la clase e intensidad de los mismos.

Según la AAMR, existen cuatro niveles de intensidad en cuanto a los apoyos. Los 'intermitentes' o cuando sean necesarios, son a corto plazo. En cuanto a los 'limitados', se ofrecen con regularidad para superar un déficit de destrezas. También existen los 'extensivos' que se caracterizan por ser continuos, regulares y a largo plazo. Y, finalmente, los penetrantes, los cuales son constantes y "potencialmente sostienen la vida", esto puede ser un asistente en todo momento, atención médica especializada y hasta ayuda para tomar los medicamentos.

El retraso mental se diagnostica observando el funcionamiento intelectual, prueba de coeficiente de inteligencia o "IQ" ("intelligence quotient"), y midiendo la conducta adaptativa en comparación con otros niños de su edad, (NYCHCY, 2002). La literatura indica que tres de cada cien personas en los Estados Unidos tienen retraso mental. Algunos de los signos del retraso mental lo son: sentarse, gatear, o caminar más tarde que los demás niños, aprender a hablar más tarde, dificultades en comprender reglas sociales, dificultades al resolver problemas y dificultad al pensar lógicamente, entre otros. Al educar o enseñar a las personas con retraso mental se deben seguir varias recomendaciones como lo son: instrucciones divididas en partes o pasos, posibles demostraciones concretas, revisión de logros por etapas con frecuencia y retroalimentación entre otras.

Los niños y los adultos con retraso mental tienen las mismas necesidades de servicios básicos que todas las personas necesitan para su desarrollo normal. Esto incluye pero no se limita a la educación, preparación vocacional, servicios de salud, oportunidades para recreación, y mucho más. Por lo cual, dependiendo del tipo de severidad y retraso pueden

necesitar servicios especiales. Algunos de estos pueden incluir evaluaciones, oportunidades especiales para la educación, intervención temprana; programas educativos según la edad y el nivel funcional que incluyan actividades apropiadas para la edad de la persona, la enseñanza de las habilidades académicas básicas para ser parte de la sociedad, oportunidades para vivir en forma independiente y hasta obtener un empleo competitivo dentro de sus posibilidades (Hawkins, 1999).

Para lograr todas estas metas y expectativas que traen calidad de vida a la persona con retraso mental es importante mencionar el rol de la familia, ya que, según Mora y asociados (2007), las personas logran desarrollarse mucho más cuando tienen los apoyos familiares. Como 'calidad de vida' se entiende el reflejo de las condiciones de vida deseadas por la persona, en relación con ocho necesidades: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Mora et al, 2007).

Para poder dar un apoyo adecuado a la persona con necesidades especiales es necesario estar informado, adiestrado y continuar con la búsqueda de orientación en todos los procesos. Luego de que se conozca el diagnóstico se puede determinar el tipo de apoyo requerido (Mora et al, 2007). La importancia de los apoyos en este caso, en la reducción de obesidad estriba en que es el cuidador el que podría revisar el tipo de alimentación, supervisar la actividad física y otros detalles en caso de que el adulto no pueda hacerlo de forma independiente.

Como se mencionó anteriormente, si el adulto con retraso mental no puede identificar la obesidad como un problema serio de salud, entonces el rol de los apoyos, la familia o

cuidadores sería este. Poder orientarlo y dirigirlo hacia un proceso planificado y estructurado para reducción de obesidad y lo que necesite.

Algunos beneficios de la realización de actividad física incluyen: favorece la pérdida de peso junto a un programa de alimentación adecuado; ayuda a mantener el peso perdido; contribuye a la prevención del sobrepeso y la obesidad; mejora el perfil lipídico; disminuye las concentraciones de triglicéridos; mejora la sensibilidad a la insulina, el metabolismo de la glucosa y el control metabólico de las personas con diabetes; previene las enfermedades cardiovasculares; mantiene la densidad ósea; mejora el control de la presión arterial en sujetos hipertensos; tiene efectos psicológicos positivos; aumenta la autoestima; disminuye la ansiedad y la depresión; disminuye el riesgo de enfermedad biliar asintomática; disminuye el depósito de grasa abdominal; mejora la capacidad respiratoria (Rubio et al, 2007).

La obesidad es un problema de salud que afecta a individuos en cualquier edad y se ha identificado como un factor de riesgo común a muchas enfermedades crónicas. Es también conocido que “la obesidad representa uno de los mayores problemas en la salud pública en la actualidad” (Proenca & Macedo, 2009). Tanto en los adultos como en los niños, la obesidad suele traer complicaciones, como hipertensión, dislipidemias y la resistencia a la insulina (Ramírez, Grijalva-Haro, Ponce & Valencia, 2006). "Esta condición puede inducir un deterioro de las funciones corporales, las cuales ocasionan desordenes de salud que afectan los sistemas cardiovascular, óseo, reproductivo y digestivo" (Oviedo, Marcano, Morón de Salim, & Solano, 2006, p. 359).

Los adultos con obesidad o sobrepeso son más propensos a padecer complicaciones cardiovasculares, metabólicas, e insuficiencia cardíaca. Esto debido a que el corazón de un

individuo obeso está sometido a mayor trabajo, por la excesiva masa de tejido adiposo lo que requiere mayor vascularización y mayor volumen de sangre circulante. Además, se produce un elevado gasto cardíaco y eventualmente una dilatación de las paredes del corazón, (Oviedo et al., 2006).

En el origen de esta patología se han identificado determinantes biológicos, psicológicos y ambientales, y algunos de ellos pueden constituirse en barreras para su control y prevención (Padilla et al., 2006). En este sentido, las personas con retardo mental, podría decirse que llevan una desventaja, ya que no todos podrán identificar su sobrepeso y menos verlo como un problema real. La obesidad puede convertirse en un estigma social con repercusión a nivel psicológico individual (Villaseñor, Ontiveros, & Cárdenas, 2006).

Según Tejero (2002), la obesidad es la acumulación excesiva de tejido adiposo, consecuencia del desequilibrio energético. Además, “los cambios en la disponibilidad y características de los alimentos y en la actividad física en las últimas décadas han dado lugar que la ingestión de energía exceda el gasto” (Tejero, 2002). En otras palabras, podría decirse que el exceso de alimentación y la falta de ejercicio físico son las causas comunes que se observan ante este problema.

La obesidad común se considera una enfermedad compleja y multifactorial, puesto que es el resultado de la interacción entre factores genéticos, conductuales y ambientales que pueden influir en la respuesta individual a la dieta y la actividad física (Tejero, 2002). Según (Vizmanos et al., 2006), “la densidad energética de la dieta se ha relacionado con los mecanismos de apetito y saciedad y puede ser que también influya como factor en el desarrollo de la obesidad” (p. 12). Otros de los factores que han contribuido a modificar los patrones alimentarios y a su vez el aumento de obesidad lo son: “las limitaciones de tiempo

para desplazarse a cocinar, el aumento de la oferta de alimentos pre cocidos y una mayor cantidad de opciones de consumo fuera de casa” (Vizmanos et al., 2006).

También la industria de los restaurantes de comida rápida con sus ofertas agrandadas, sobre todo de refrescos, papas y comidas altas en grasas, han contribuido en parte a esta epidemia, como se ha catalogado la obesidad (OMS, 2004). Según Vizmanos (2006), los cambios y tendencias en los patrones alimentarios como el llamado “snack” en ocasiones con alto contenido de azúcares, ricos en grasa y la reducción del consumo de leche también están ligados al incremento de la obesidad.

Un planteamiento que hacen Proenca y Macedo (2009), es que ha habido una sucesión de acontecimientos que han dado pie a que el hombre dependiese cada vez menos al esfuerzo físico para realizar sus tareas. En resumen, estos autores traen a colación que desde el principio de los tiempos el hombre y su alimentación eran centrados en lo que se recolectaba de la tierra. Sin embargo, con el proceso de evolución llegó la domesticación de plantas y animales, lo cual dio comienzo a la agricultura, la creación de las bases de la sociedad contemporánea y posteriormente una radicalización de la vida sedentaria.

Cuando se habla de obesidad también se ha de pensar en el auto cuidado y la percepción del estado de salud. Como dice Landeros y colaboradores (2005), el consumo de alimentación, estilos de vida, hábitos y costumbres pueden afectar la salud. Por esta razón, el poder reconocer la obesidad como un problema de salud sería el principio para modificar los estilos de vida o cuidados para la salud. El mismo autor menciona que “se ha confirmado que las personas tienen serias dificultades para hacer cambios que resulten en pérdida de peso” y que “el conocimiento no ha sido suficiente para que las personas modifiquen estilos de vida perjudiciales a su salud” (Landeros et., al, 2005)..

Marco Empírico

Se analizaron varios estudios entre ellos el de Kiyoshi Yamaki (2004), “status de peso corporal entre adultos con discapacidad intelectual en la comunidad” (“Body weight status among adults with intellectual disability in the community”). Yamaki realizó este estudio utilizando los datos del National Health Interview Survey de 1985 al 2000. Se utilizó el índice de masa corporal para medir adultos con discapacidad intelectual en comparación con la población general. Los datos se extrajeron utilizando el estado de salud de personas que no estaban en instituciones. Se utilizó la información general, condiciones crónicas, limitaciones y el uso de servicio médico. Todas las personas que participaron fueron invitadas. Ellos respondieron preguntas acerca de sus limitaciones al realizar actividades en su vida. Sus edades rondaban los 18 años hasta los 65. Los datos fueron separados en cuatro periodos: (a) 1985-1988, (b) 1989-1992, (c) 1993-1996, y (d) 1997-2000.

En cada uno de estos periodos se tomó el índice de masa corporal alrededor de tres partes del cuerpo. Esto fue así para la población general y para los adultos con discapacidad intelectual. En general, se observó una prevalencia de obesidad poco significativa en los hombres de edad mediana con discapacidad intelectual. En las mujeres de edad mediana con discapacidad intelectual se observó una tendencia de aumento de obesidad en comparación con los hombres y jóvenes adultos, aunque tampoco fue gran diferencia para ser significativo.

En los hombres adultos de 40 a 65 años se observó que la población con discapacidad mental reportó un aumento significativo en la obesidad. En los adultos de la población general se observó un patrón estable en cuanto a la obesidad en las edades de 40 a 65 años. En general se observó que los adultos con discapacidad mental al igual que los de la

población general presentan patrones de obesidad en aumento. Aquellos adultos con discapacidad mental que no están en instituciones presentan patrones mayores de obesidad, (Yamaki, 2004).

Las posibles explicaciones al patrón de obesidad para los adultos con discapacidad, según Yamaki, pueden ser: que ellos desconocen los riesgos a la salud y como podría afectarse su futuro, si no se toman acciones contra la obesidad y el sobrepeso, no han tenido la oportunidad de obtener el conocimiento según su funcionamiento ni experiencias que contribuyan a este, y tampoco cuentan con la supervisión adecuada al seleccionar alimentos y actividades físicas.

Otro de los estudios analizados fue sobre características antropométricas y nutricionales de personas con discapacidad mental (“Anthropometric and nutritional characteristics of mentally disabled persons”) (da Silva & Pires, 2009). Este estudio se llevó a cabo en Brasil, luego de haber llenado los permisos de consentimiento para participar y haber sido aprobado por el Comité de ética en la investigación que envuelve seres humanos (“Ethics on Research Involving Human Beings Committee”), de la Universidad del Estado de Santa Catarina. Fue un estudio descriptivo y exploratorio en una escuela especial en la ciudad de São José, Brazil. Las edades de los participantes fluctuaban entre los cinco hasta los 48 años de edad. Los participantes debían tener el diagnóstico o la certificación de discapacidad mental. Se utilizó un cuestionario sobre hábitos nutricionales. Se les tomó a los participantes el índice de masa corporal, el peso y la estatura. Los resultados fueron que el 30% de la población tenía buenos hábitos de alimentación, solo el 8% tenía excelentes hábitos de alimentación, y el 62% tenía malos hábitos de alimentación.

Otro estudio que se utilizó como base para esta investigación fue Consenso SEEDO 2007, para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (Rubio et al., 2007). Los autores de este artículo exponen que la obesidad es una enfermedad crónica multifactorial producto de la interacción de genotipo y ambiente. También explican que los pacientes con obesidad “sufren gran estigmatización y discriminación ya que esta condición muchas veces no es considerada como una verdadera enfermedad” (Rubio et al., 2007, p. 135). Para ellos, “la obesidad se debe a la interacción entre genes y ambiente, por lo cual no se puede establecer una única causa” (p. 136). Una de las razones para la creciente prevalencia de obesidad lo son las raciones alimenticias en mayor tamaño y por lo tanto con alta densidad energética, acompañada de sedentarismo (p.136). Esta sobrealimentación produce un desequilibrio energético por la falta de control en la ingesta. El control de peso corporal también está condicionado por la actividad metabólica y, por la dinámica de las reservas de grasa del organismo.

Durante este estudio los datos se obtuvieron por medición individual, incluyendo estudios realizados sobre muestras aleatorias de ámbito estatal, estudios colaborativos y encuestas de nutrición institucionales, llevadas a cabo en diferentes comunidades autónomas de España. La prevalencia de obesidad es presentada por grupos de edad y sexo.

Según Rubio y sus colaboradores (2007), “en la mayoría de los estudios realizados en adultos en España la prevalencia de obesidad es más elevada en el subgrupo femenino y aumenta a medida que avanza la edad, especialmente en las mujeres con menor nivel de instrucción (Rubio et al., p.140). Estilos de vida sedentarios, bajo consumo de frutas y

verduras, así como el incremento calórico mediante grasas y alcohol son varios factores para la prevalencia de la obesidad.

Para tratar con la epidemia de la obesidad es necesario realizar un historial clínico completo, en donde se incluya la exploración o evaluación física y estudios complementarios, evaluación de la adiposidad global y regional, (grasa abdominal y corporal), y determinación de la presión arterial entre otras (Rubio et al., 2007). Es importante observar los aspectos de interés en cuanto a la alimentación y hábitos de vida.

Del estudio realizado por Rubio y sus colaboradores (2007), se desprenden algunas pautas para el tratamiento de la obesidad. Entre estas pautas figura un plan de alimentación el cual junto a la actividad física son factores determinantes para poder conseguir balance energético negativo (p.149). Este plan alimenticio incluye una reducción gradual de la ingesta calórica y sugiere que sea de por vida, para poder mantener la reducción a largo plazo.

El plan de alimentación debe ser individualizado para respetar los gustos personales y a la vez poder llevar a cabo la reducción calórica. Con respecto a este objetivo de la alimentación saludable, debe llevarse a cabo mediante planificación, exhibiendo variedad en la alimentación. Esto es para que el sujeto lleve a cabo el plan con el mínimo esfuerzo y no se aburra de seguir las mismas recomendaciones (Rubio et al., 2007).

En cuanto a la actividad física, Rubio y sus colaboradores (2007) dicen: “la actividad física y el ejercicio son componentes en el manejo de la pérdida de peso, junto a un plan de alimentación estructurada, ya que la práctica de ejercicio físico como forma aislada de tratamiento en la obesidad no parece tener un papel destacado en la pérdida de peso”.

Ya que muchas personas no muestran interés por la actividad física, Rubio y sus colaboradores (2007), sugieren comenzar con un plan de actividad física lento pero progresivo. Primeramente, hay que fomentar la actividad física mediante las actividades del diario vivir. Esto es así, ya que a medida que el sujeto va perdiendo peso y aumentando su capacidad funcional, se puede aumentar tanto el tiempo como la intensidad del entrenamiento.

Entre los beneficios de la realización de la actividad física está el que ayuda a mantener el peso perdido y, más importante aún, contribuye para la prevención de obesidad y sobrepeso. Rubio y asociados (2007) afirman, además, que la actividad física mejora el perfil lipídico, disminuye las concentraciones de triglicéridos, previene enfermedades cardiovasculares, mantiene la integridad de la densidad ósea, mejora el control de la presión arterial, entre otros. Cabe mencionar que uno de los efectos que también es resaltado es que al realizar actividades físicas se obtienen efectos psicológicos positivos, aumenta la autoestima, disminuye la ansiedad y la depresión. “La actividad física se deberá adaptar a las diferentes etapas de la vida de la persona, en el caso de los adultos se buscan actividades encaminadas a mejorar el rendimiento cardiovascular, la fuerza muscular, evitando las lesiones osteomusculares” (Rubio et al. 2007).

Según Rubio y sus colaboradores (2007), otras sugerencias para trabajar con la reducción de obesidad y sobrepeso lo son el tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico. Finalmente, de este estudio se desprende que la modificación del estilo de vida debe constituir la base en el tratamiento de las comorbilidades de los pacientes obesos.

En el año 2008, Pérez y sus colaboradores llevaron a cabo el estudio “Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y

obesidad en el Colegio Robert M. Smith”. Este estudio fue realizado en Perú, con el objetivo de fomentar estilos de vida saludable, promocionando una alimentación balanceada y un incremento en la actividad física, evaluando al final el cambio de los índices de masa corporal (IMC) calculados según el percentil.

El diseño de la investigación fue de intervención de muestra simple. La variable dependiente, índice de masa corporal, fue seguida longitudinalmente, entre mayo, 2004 y abril 2005. Fue realizado en una escuela urbana, fueron 121 participantes (65 niñas, 56 niños), de seis a 16 años de edad (edad media, 9.6 años).

La intervención fue mediante el programa “Estilos de Vida Saludables”. Este programa utilizó cinco actividades, basadas en las guías de auto implementación del CDC de Atlanta: 10 clases teóricas sobre balance energético, dos talleres de loncheras saludables para los padres de familia, asesoría nutricional semanal para el proveedor de la cafetería, un festival de ensaladas de la cosecha del biohuerto y 10 clases de educación física. La estrategia fue planteada por el personal de salud multidisciplinario y desarrollada por el equipo de 19 profesores del colegio.

Según Pérez y sus colaboradores, (2008), la obesidad no solo es un factor que duplica el riesgo de mortalidad, sino que además es un factor condicionante para enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes e hiperlipidemias, discapacidad prematura y elevados costos para el sistema de salud.

De este estudio se desprende que las intervenciones basadas en las escuelas, son necesarias para poder combatir el problema de la obesidad, pues este es el lugar donde los niños pasan la mayor parte del tiempo y están en la edad adecuada para inculcarles hábitos de alimentación saludable que se mantengan a largo plazo. Según Pérez (2008), el objetivo

del programa escolar fue promover tres factores considerados dentro de los estilos de vida saludable, dirigiéndose al peso ideal, promoviendo alimentación saludable y aumento de actividad física.

La conclusión fue que el Programa Estilos de Vida Saludables fue exitoso en su implantación y a través del desarrollo de 5 actividades de bajo costo, logró influenciar positivamente en el IMC promedio de un grupo de niños de edad escolar. El grupo de estrategias utilizadas en este estudio, según explica Pérez y sus colaboradores (2008), pueden contribuir al tratamiento y prevención de la pandemia de la obesidad tanto en niños como en la población en general.

Otro estudio consultado para esta investigación fue el de Ballesteros, Dal-Re, Pérez, y Villar (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS).

En el 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, con el objetivo de reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles relacionados con las dietas pocos saludables y la inactividad física. Por esta razón, en el 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha la Estrategia NAOS, como una plataforma donde incluir e impulsar todas aquellas iniciativas que contribuyan a lograr el necesario cambio social en la promoción de una alimentación saludable y la prevención del sedentarismo a partir de unos retos específicos en diversos ámbitos de actuación.

La Estrategia NAOS trasciende de las áreas sanitaria y educativa y busca actuaciones en todos los sectores de la sociedad que juegan un papel en la prevención de la obesidad. Campañas de información, acuerdos con instituciones públicas y privadas, convenios de

colaboración voluntaria, programas educativos, apoyo a iniciativa de promoción de salud, son algunas de las actividades que se llevan a cabo en el seno de la Estrategia NAOS. El desarrollo de las mismas y la incorporación de otras nuevas, junto con la labor de la evaluación y seguimiento de todas ellas será lo que permita mantener un alto grado de efectividad en la prevención de la obesidad (Ballesteros et al., 2007).

La Estrategia NAOS tiene como objetivos sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud y reunir e impulsar aquellas iniciativas, tanto públicas como privadas, que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y jóvenes, adopten hábitos saludables a lo largo de toda la vida. Con un enfoque integral, comprende tanto recomendaciones generales como iniciativas muy concretas destinadas a sectores específicos.

Otro de los estudios que se analizó fue “Plan de acción holístico contra el sobrepeso y la obesidad en niños en Aruba” (Visser, 2005). Este estudio plantea lo siguiente: la obesidad es un importante problema de salud ya que es propulsora de otras enfermedades cerebrovasculares, cardíacas, hipertensión arterial y diabetes, entre otras. Durante este estudio se plantearon acciones componentes de un plan integrado que facilite la solución al problema de la obesidad. Este plan debe ser inclusivo y participando activamente la comunidad.

El tratamiento terapéutico de la obesidad, por su naturaleza multifactorial, debe tratarse holísticamente, abarcando los diferentes sectores de la sociedad. El plan de acción contempla: medidas de promoción, preventivas y de rehabilitación. Entre los esfuerzos planteados se encuentran: comunicación social sobre actividad física y alimentación saludable, capacitación de maestros, padres, niños y comerciantes.

Para la creación y desarrollo de una alianza contra la obesidad es necesario la participación de la comunidad (Visser, 2005). Dice el autor que mediante la organización de líderes y representantes de la comunidad se puede lograr. Se propone que participen: autoridades gubernamentales, educadores, médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas, instructores de deportes, instructores de baile, instructores de actividades recreativas, medios de difusión masiva, y todos los que puedan colaborar de alguna forma.

El procedimiento utilizado fue el siguiente: identificar a los participantes para la alianza contra la obesidad y brindarles la información sobre el comportamiento del sobrepeso y la obesidad. Capacitación para facilitar la alimentación saludable, mediante conocimientos sobre nutrición. Capacitación a maestros y padres sobre actividad física. Plan de enseñanza escolar sobre actividad física, alimentación e higiene de los alimentos. Promoción de estilos de vida saludable. Comunicación social sobre actividad física y alimentación saludable. Algunos ejemplos de los mensajes a transmitir: el desayuno es la comida más importante del día, escoja alimentos que no se necesiten freír, prefiera pescado y pollo a la carne de res, camine a diario y reduzca la ingestión de azúcares libres (Visser, 2005).

Entre las acciones para elevar el nivel de la actividad física se sugiere un plan de actividades variadas, cardiovasculares, rítmicas y bailables en la enseñanza escolar y extraescolar (Visser, 2005). El mismo autor también recomienda una guía para que los maestros y padres fomenten la actividad física, acciones que permitan una alimentación saludable y movimiento fomentando el desayuno. Además, sugiere identificar el consumo en exceso de alimentos fritos y azúcares refinadas. Así mismo, realza la importancia de ingerir cada día cantidades suficientes de agua potable. Con relación a las conclusiones el

autor refiere la correcta utilización de los componentes de este plan de acción de forma holística, los cuales permitirán la prevención y disminución del sobrepeso y la obesidad (Visser, 2005).

Resumen de la revisión de literatura

La revisión de literatura demostró que es de suma importancia trabajar con el aspecto físico y nutricional para poder lograr la reducción de obesidad y sobrepeso. Otro factor repetitivo a través del análisis de las investigaciones es que hay que prevenir la obesidad y el sobrepeso. Lo que se logra educando desde la niñez y a través de diversas estrategias. Como la promoción de loncheras o meriendas saludables, actividades físicas como parte de la rutina diaria entre otras. En Puerto Rico, hasta el momento, no hay estudios que arrojen información sobre la obesidad en los adultos con retardo mental. Sin embargo, la obesidad, que ya es catalogada como una epidemia mundial, sí es bastante estudiada, tanto en la población general como en poblaciones especiales, y sus consecuencias son desglosadas a través de diferentes disciplinas.

Un dato que surge durante esta revisión es el hecho de que los adultos con retardo mental necesitan supervisión o apoyos a la hora de trabajar los tratamientos para la reducción de obesidad. También, que estos deben ser orientados o preparados al trabajar los planes contra la obesidad.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

En este capítulo la investigadora describe la metodología y procedimiento que se utilizó para realizar esta investigación. Además, se menciona la población seleccionada, el procedimiento y un análisis de los resultados obtenidos.

Población y muestra

Para propósito de esta investigación, se consideraron dos alternativas de población o muestra: una documental y la otra demográfica. La población documental la representaron el universo de los recursos de información, mientras la muestra documental estuvo compuesta por recursos informáticos en línea disponibles en la Universidad Metropolitana, tales como EBSCO Host, Wilson web, ERIC, Sport Discus y Fuente Académica, entre otros. También incluyó estudios en revistas profesionales y libros de texto.

La población demográfica incluyó a adultos obesos con retardación mental, mientras la muestra está constituida por participantes en estudios realizados con niños y adultos con retardación mental leve y moderada. Los estudios fueron realizados en Centro, Sur América, y Europa, entre otros.

Instrumento de Investigación

Para la recolección de los datos el instrumento seleccionado fue una tabla o planilla en donde se exponen los estudios por sus autores, año de redacción, país y propósito por el cual se realizó el estudio. Finalmente se exponen la muestra y los resultados. (Apéndice A).

Procedimiento

El procedimiento observado para realizar esta investigación consistió de los siguientes pasos:

1. Una vez seleccionado el tema de investigación, la investigadora identificó varios vocablos o palabras clave, entre ellas, Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron: 1) obesidad, 2) sobrepeso, 3)"obesity",4)"overweight", 5) nutrición, 6) retraso mental 7) actividad física y 8) "mental retardation obesity".
2. Con estas palabras clave, la investigadora pudo facilitar la búsqueda de los artículos para realizar esta investigación. Se realizó una búsqueda a través de la base de datos de la Universidad Metropolitana, especialmente Ebsco, Sport Discus, entre otros.
3. Se resumieron los proyectos de investigación y se identificaron aspectos sobresalientes y pertinentes de cada proyecto.
4. Se empleó una tabla o planilla en donde se exponen los estudios por sus autores, año de redacción, país y propósito por el cual se realizó el estudio.
5. Luego de recopilada la información y los estudios pertinentes, se analizaron y se procedió a construir una planilla, la cual es el instrumento utilizado para la investigación.

Análisis de Datos

Se dirigió el estudio para obtener el resultado de los métodos de reducción de obesidad para adultos con retardación mental. Los resultados de esta investigación fueron analizados, tabulados e interpretados de forma descriptiva y a través de la utilización de una planilla, presentando los resultados en forma narrativa.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y HALLAZGOS

En este capítulo la investigadora expone los resultados y hallazgos de los estudios analizados sobre retardación mental, sobrepeso y obesidad, y métodos y estrategias de reducción. También se contesta la pregunta de la investigadora y se desarrolla la discusión de lo que se ha encontrado.

Resultados

La investigación analizó seis investigaciones que documentaron sobre: la obesidad y el sobrepeso en adultos con retardo mental realizado en Estados Unidos (n=1) , características físicas y nutricionales de personas con retardo mental realizado en Brasil (n=1), consenso para la evaluación y la obesidad y establecimiento de criterios de intervención terapéutica realizado en España (n=2) , estrategias para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad realizado en España, efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de peso realizado en Perú (n=1) y plan de acción holístico contra el sobrepeso y obesidad realizado en Aruba (n=1).

Tabla 1

Estudios relacionados con retardación mental y reducción de obesidad.

Autor (es)	Año	País	Título	Propósito
Visser, R.	2005	Aruba	Plan de acción holístico contra el sobrepeso y la obesidad.	Acciones para cambios en estilos de vida y reducir la obesidad.
Da Silva, R. Pires, G.	2009	Brasil	Antropometric and nutritional characteristics of mentally disabled persons.	Ver las costumbres nutricionales.
Rubio et al.	2007	España	Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica.	Plan holístico para evaluación y reducción de obesidad.
Ballesteros, J.	2007	España	La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención	Plan de acción nutricional y físico.

Tabla 1 (cont.)

Estudios relacionados con retardación mental y reducción de obesidad.

Autor (es)	Año	País	Título	Propósito
Kiyoshi, Y.	2004	Estados Unidos	“Body weight status among adults with Intellectual disability in the community”	Corroborar el peso de los adultos con discapacidad.
Pérez,	2008	Perú	Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith.	Prevenir, informar y atacar la obesidad desde diferentes aspectos.

Entre los estudios analizados está el de Kiyoshi Yamaki (2004), “Status de peso corporal entre adultos con discapacidad intelectual en la comunidad” (“Body weight status among adults with intelectual disability in the community”). En este estudio se utilizó el índice de masa corporal como medida para adultos con discapacidad intelectual y luego compararlos con la población general. Los participantes fueron personas invitadas y que no vivían en

instituciones. Luego de obtener la información médica correspondiente, los participantes respondieron algunas preguntas acerca de las limitaciones al realizar actividades en su vida.

Sus edades rondaban los 18 años hasta los 65. Los datos fueron separados en cuatro periodos. En cada periodo se tomo el índice de masa corporal alrededor de tres partes del cuerpo. Esto se realizo para la población general y para los adultos con discapacidad intelectual. Se observó un aumento de obesidad poco significativa en los hombres de edad mediana con discapacidad intelectual. Mientras en las mujeres de edad mediana con discapacidad intelectual se observo una tendencia de aumento de obesidad en comparación con los hombres y jóvenes adultos.

Los hombres adultos de 40 a 65 años con discapacidad mental mostraron un aumento significativo en la obesidad. Los adultos de la población general se mostraron un patrón estable en cuanto a la obesidad en las edades de 40 a 65 años. Se observo que los adultos con discapacidad mental tanto como la población general presentan patrones de obesidad en aumento.

Según Yamaki (2004), la posible explicación al patrón de obesidad puede ser: que las personas con discapacidad mental desconocen los riesgos a la salud si no se toman acciones contra la obesidad y el sobrepeso. Otra razón podría ser que no han tenido la oportunidad de obtener el conocimiento según su funcionamiento ni experiencias que contribuyan a este, y tampoco cuentan con la supervisión adecuada al seleccionar alimentos y actividades físicas.

En el estudio “Características antropométricas y nutricionales de personas con discapacidad mental” (“Anthropometric and nutritional characteristics of mentally disabled persons”), (da Silva & Pires, 2009) llevado a cabo en Brasil, la población fue desde niños

de cinco años hasta adultos de 48 años. Los participantes llenaron un cuestionario sobre hábitos nutricionales. Como parte del procedimiento se les tomó a los participantes el índice de masa corporal, el peso y la estatura. Resultando que el 30% de la población tenía buenos hábitos de alimentación, solo el 8% tenía excelentes hábitos de alimentación, y el 62% tenía malos hábitos de alimentación.

Al analizar el Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (Rubio et al., 2007). Se puede observar que la obesidad es multifactorial, pues no es solo ingesta excesiva de calorías, sino también, mala alimentación, desconocimiento, sedentarismo y falta de unión en la población para contrarrestar esta epidemia. Estos autores traen el punto de la estigmatización y discriminación hacia las personas obesas (Rubio et al., 2007, p. 135). Según el autor, “la obesidad se debe a interacción entre genes y ambiente, por lo cual no se puede establecer una única causa” (p. 136). Entre las causas para la creciente ola de obesidad se encuentran las raciones alimenticias cada vez más grandes, precedidas por la inactividad física.

Un dato curioso en este estudio es que según Rubio y sus colaboradores (2007), “la prevalencia de obesidad es más elevada en el subgrupo femenino y aumenta a medida que avanza la edad, especialmente en las mujeres con menor nivel de instrucción (Rubio et al., p.140).

Según los autores el tratamiento contra la obesidad debe comenzar con un historial clínico completo, en donde se incluya la exploración o evaluación física y estudios complementarios, evaluación de la adiposidad global y regional (grasa abdominal y corporal), y determinación de la presión arterial entre otras (Rubio et al., 2007). Es de

suma importancia tomar en cuenta los aspectos de interés en cuanto a la alimentación y hábitos de vida.

Algunas recomendaciones ofrecidas por Rubio y sus colaboradores (2007) para el tratamiento de la obesidad son: plan de alimentación saludable, plan de actividad física y buscar balance energético negativo (p.149). El plan alimenticio incluye una reducción gradual de la ingesta calórica y sugiere que sea de por vida, para poder mantener la reducción a largo plazo.

El plan de alimentación debe ser individualizado y respetar los gustos personales. Este objetivo de la alimentación saludable, debe ser planificado y ofreciendo variedad en la alimentación. De modo que el sujeto lleve a cabo el plan con el mínimo esfuerzo y tenga variaciones (Rubio et al., 2007).

Según Rubio y sus colaboradores (2007) “la actividad física y el ejercicio son componentes en el manejo de la pérdida de peso, junto a un plan de alimentación estructurada, ya que la práctica de ejercicio físico como forma aislada de tratamiento en la obesidad no parece tener un papel destacado en la pérdida de peso” (Rubio et al., 2007 p. 153).

Promover la actividad física mediante las actividades del diario vivir es una alternativa para los que rehúsan de los ejercicios. Porque a medida que el sujeto pierde peso y aumenta su capacidad funcional, puede aumentar tanto el tiempo como la intensidad del entrenamiento.

Algunos beneficios de las actividades físicas lo son: que ayudan a mantener el peso perdido y más importante aun contribuyen para la prevención de obesidad y sobrepeso. Según Rubio y asociados (2007), la actividad física mejora el perfil lipídico, disminuye las

concentraciones de triglicéridos, previene enfermedades cardiovasculares, mantiene la integridad de la densidad ósea y mejora el control de la presión arterial, entre otros. Uno de los efectos más resaltados es que al realizar actividades físicas se obtienen efectos psicológicos positivos, aumenta la autoestima, disminuye la ansiedad y la depresión. Para que las personas se mantengan activas de por vida el autor sugiere “La actividad física se debe adaptar a las diferentes etapas de la vida de la persona, en el caso de los adultos se buscan actividades encaminadas a mejorar el rendimiento cardiovascular, la fuerza muscular, evitando las lesiones osteomusculares” (Rubio et al., 2007, p. 155). Finalmente, de este estudio se concluye que la modificación del estilo de vida debe constituir la base en el tratamiento contra la obesidad.

En el estudio de Pérez y sus colaboradores (2008), Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith, el objetivo fue fomentar estilos de vida saludable, mediante alimentación balanceada y el aumento en la actividad física.

Mediante el Programa “Estilos de Vida Saludables” fue que se realizó la intervención. Constaron de cinco actividades, según las guías de auto implementación del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (Center for Disease Control, CDC): 10 clases teóricas sobre balance energético, dos talleres para preparación de meriendas saludables a los padres de familia, consejería nutricional semanal para el proveedor de la cafetería, promoción de ensaladas de la cosecha del biohuerto y 10 clases de educación física. La estrategia fue esbozada por el personal de salud multidisciplinario y desarrollada por el equipo de 19 profesores del colegio.

La obesidad no solo es un factor que aumenta el riesgo de muerte, sino que además es un factor condicionante para enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes e hiperlipidemias, discapacidad prematura y elevados costos para el sistema de salud (Pérez et al., 2008).

Las intervenciones en las escuelas son muy necesarias para poder combatir la obesidad, ya que este es el lugar donde los niños pasan la mayor parte del tiempo. Además están en la edad adecuada para inculcarles hábitos de alimentación saludable que se mantengan a largo plazo.

El objetivo del programa escolar fue promover tres factores considerados dentro de los estilos de vida saludable. Dirigiéndose al peso ideal, promoviendo alimentación saludable y aumento de actividad física.

Según Pérez y colaboradores (2008) la conclusión fue que el Programa Estilos de Vida Saludables fue exitoso en su implantación y a través del desarrollo de 5 actividades de bajo costo, logró influenciar positivamente en el IMC promedio de un grupo de niños de edad escolar. Las estrategias utilizadas en este estudio, según explica Pérez y colaboradores (2008), pueden contribuir al tratamiento y prevención de la de la obesidad tanto en niños como en la población en general.

En el estudio de Ballesteros, Dal-Re, Pérez, & Villar (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS), el objetivo fue crear una plataforma donde incluir e impulsar todas aquellas iniciativas que contribuyan a lograr el cambio social en la promoción de una alimentación saludable y la prevención del sedentarismo a partir de unos retos específicos en diversos ámbitos de actuación.

La estrategia NAOS abarca otras áreas además de la sanitaria y educativa e incluye actuaciones en todos los sectores de la sociedad que juegan un papel en la prevención de la obesidad. Campañas de informativas, acuerdos con instituciones públicas y privadas, convenios de colaboración voluntaria, programas educativos, apoyo a iniciativa de promoción de salud, son algunas de las actividades que se llevan a cabo en el seno de la estrategia NAOS.

La estrategia NAOS tiene entre otros objetivos la función de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud y reunir e impulsar aquellas iniciativas, públicas y privadas, que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y jóvenes, adopten hábitos saludables a lo largo de toda la vida.

En el estudio Plan de acción holístico contra el sobrepeso y la obesidad en niños en Aruba (Visser, 2005), se plantea que la obesidad es un problema de salud ya que trae consigo otra secuela de enfermedades, tanto físicas, cardiovasculares y hasta emocionales. Este estudio propone acciones de un plan integrado que facilite la solución al problema de la obesidad. Este plan debe ser inclusivo y que participe activamente la comunidad.

El tratamiento contra la obesidad, debe ser multifactorial. El plan de acción sugerido por Visser (2005) incluye: promoción sobre actividad física y alimentación saludable, capacitación de maestros, padres, niños y comerciantes. En fin, la utilización de los componentes de este plan de acción de forma holística, permitirán la prevención y disminución del sobrepeso y la obesidad, además de influir positivamente en el estado de salud del resto de la población.

Discusión

Hasta la fecha en Puerto Rico no se han realizado estudios sobre obesidad y retardo mental. Es conocido que para la población en general hay una amplia gama de servicios como gimnasios, entrenadores y otros, que son de apoyo a la hora de trabajar contra la obesidad. Pero, para las personas con necesidades especiales todavía nos falta mucho que aportar. Según los estudios analizados para poder trabajar en contra de la obesidad que ya es una epidemia, se debe comenzar con la prevención desde la niñez.

Pero, para que esto pueda ocurrir, deben haber acuerdos colaborativos, entre el sector público y privado, las escuelas, las familias, las comunidades, los medios de comunicación, etc. “Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no solo la reducción de peso como producto final, si no que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, (Villaseñor, et al, 2006).

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados y hallazgos. También se presenta una sección de implicaciones educativas en las que se advierte de la magnitud de la problemática que plantea la obesidad para la población con retardación mental.

Conclusiones

Luego de concluido este estudio, pueden establecerse las siguientes conclusiones:

1. Las razones para la obesidad son diversas, como se ha podido ver a través de la revisión de la literatura.
2. No se puede hablar de un solo factor en específico al trabajar con la reducción de obesidad.
3. Para poder combatir la obesidad hay que trabajar con multiplicidad de factores.
4. Algunos factores que están directamente relacionados a la incidencia de obesidad incluyen alimentación adecuada, actividad física a diario, orientación médica, recreación, actividades del diario vivir, y educación entre otras.
5. Tanto para la población general, como para las personas con necesidades especiales, es de suma importancia prevenir de por vida la obesidad.
6. La obesidad no es sólo adiposidad o peso demás, sino que representa el principio de un sinfín de enfermedades y padecimientos.

7. Queda evidenciado que la obesidad es propulsora de la diabetes, hipertensión, baja autoestima y está clasificada como la nueva pandemia del siglo.
8. Las personas con retardación mental deben ser orientadas y dirigidas por un cuidador previamente asesorado hacia estilos de vida saludables.

Recomendaciones

En general, luego de haber analizado los diversos estudios, las recomendaciones son similares. La investigadora recomienda lo siguiente:

1. Que se implante en el currículo del Departamento de Educación un Programa dirigido a la prevención de la obesidad que también incluya a los estudiantes con necesidades especiales.
2. Orientación a familias, comunidades, escuelas, e iglesias sobre el cuidado y prevención de obesidad en personas con retardo mental.
3. Promoción por radio, televisión y prensa de estilos de vida más activos y saludables.
4. Proveer variedad de actividades físicas, paseos panorámicos, caminatas terapéuticas, actividades deportivas, recreativas y acuáticas, en la vida familiar y social.
5. Promover actividades cardiovasculares en grupos.
6. Realizar las comidas adecuadas con la cantidad adecuada en cuanto a la ingesta calórica.
7. Para los cuidadores de personas con RM, ofrecerles meriendas saludables y agua en abundancia.
8. Proveerles de dirección y cuidado en actividades cardiovasculares y otras.
9. Crear un incentivo gubernamental para aquellas personas que practiquen estilos de vida saludable y mantengan anualmente su peso adecuado e ingieran alimentos como frutas y vegetales como norma de vida.

10. Redactar planes realistas según el paciente y adaptar actividades según la funcionalidad de este.

11. Consejos sobre alimentación saludable y actividad física.

12. Fomentar actividad física personalizada. Consejos nutricionales, alimentación hipocalórica, cambios de estilos de vida, evaluar asociación de fármacos. Los pacientes deben ser evaluados al inicio en una unidad de obesidad y recibir seguimiento al tratamiento recomendado.

13. La modalidad de ejercicio amplia y que abarque desde actividades recreativas a aquellas que se pueden realizar en el mismo domicilio. Deben planificarse desde una óptica de incrementos graduales de intensidad, en base al rango de frecuencia cardiaca más adecuado a cada persona, debiendo realizarse ejercicios de estiramiento y calentamiento/enfriamiento al inicio y al final del ejercicio (Rubio, 2007, p.152).

14. La actividad física se deberá adaptar a las diferentes etapas de la vida de la persona; normalmente será más intensa en el caso de los niños y adolescentes, mientras que en la edad adulta se buscan actividades encaminadas a mejorar el rendimiento cardiovascular, la fuerza muscular, evitando las lesiones osteomusculares.

REFERENCIAS

- Albarracín Pérez, A., & Antonio Moreno Murcia, J. (2009, July). Problemática y beneficios de las actividades acuáticas en la escuela. / Problematics and benefits of aquatic activities by school. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 5(16), 71-89. Retrieved September 28, 09 with Full Text database.
- Árraga, M., Sánchez, M., (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo. *Espacio Abierto*, octubre – diciembre, año/16, (4) Asociación Venezolana de Sociología Maracaibo, Venezuela pp. 737 - 756
- Asociación Americana de Retraso Mental (traducción al castellano Verdugo, M.A. y Jenaro, C.) "Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo", Madrid, Alianza Editorial, 1997.
- Alfaro, M., Arabel del Carmen, García de García, Doris & Ortiz, Abelardo de Jesús (2006). Prevailing obesity and factors of risk to develop associated pathologies. *Crea Ciencia*, 22-26.
- Craig, G., (1982). Desarrollo psicológico.
- De García, D., & Alfaro, A. (2006, December). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo y patologías asociadas. *Crea Ciencia*, 3(5), 22-26. Retrieved August 31, 2009, from Fuente Académica database.
- Arteaga Fanny & Prado Pérez José Rafael (2006). Valoración de desarrollo físico a través de la prueba DIDEFI en escolares con compromiso cognitivo leve y moderado.

<http://www.efdeportes.com/Revista> Digital - Buenos Aires – Año 11 - N°99 – Agosto de 2006

- Ballesteros, J., Dal-Re, M., Pérez, N., Villar, C., (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS). *Revista Española de Salud Pública*, 2007; 81: 443 - 449
- Bastos, H., (2006). Psicopatología y retraso mental. ALCMEON, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13 (2), págs. 55 a 63.
- Brotons, C., (2006). La tendencia secular de los factores de riesgo cardiovascular: una evolución nada optimista. Unidad de Investigación EAP Sardenya, Servei Catalá de la Salut, Barcelona, España. *Revista Española de Cardiología* 2006; 59 (7): 650-2
- Carcamo Vargas, G., & Mena Bastías, C. (2006, October). Alimentación saludable *Horizontes Educativos*, 11(1), 1. Retrieved August 31, 2009, from Fuente Académica database
- Da Silva, R., & Silva, G. (2009, March). Anthropometric and nutritional characteristics of mentally disabled persons. *Fitness & Performance Journal* (Online Edit Retrieved August 31, 2009, doi:10.3900/fpj.8.2.130.e
- Draheim, C. (2006). Cardiovascular disease prevalence and risk factors of persons with mental retardation. *Wiley inter Science, Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 12: 3 – 12 (2006)
- García, E., De la Llata Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Luna, M., León, R., Velásquez, V., et al. (2009, January). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: Una reflexión. *Salud Mental*, 32(1), 79-87. Retrieved August 31, 2009, from MedicLatina database

- García, R., & dos Santos, F. (2009, February). La obesidad o la impronta del planeta en el ser humano. / Obesity or the mark of the planet for the human beings. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 4(10), 55-60. Retrieved September 28, 2009, from SPORTDiscus with Full Text database.
- Hawkins – Shepard, Ch., (1999). Retraso Mental. Traducción de ERIC EC Digest # 528, págs. 3 - 4
- Landeros, E., & Gallegos, E. (2005). Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 13, (1-2) Enero-Agosto 2005 pp 20-24
- López, A., Elvira, J., Beltrán, M., Alwakii, M., Saucedo, J., Bascuñana, A., Barón, M., Fernández, F., (2008). Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. *Revista de España Cardiología*, 2008; 61: 1150-8.
- Lopategui, E., (2002). Conceptos básicos de nutrición.
- Mora, A., Córdoba, L., Bedoya, A., & Verdugo, M., (2007). Características de la calidad de vida en familias con un adulto con discapacidad intelectual (D/I) RM en la ciudad de Cali, Colombia. *Diversitas* v.3 n.1 Bogotá jun. 2007
- National Information Center for Children and Youth with Disabilities, (2002). El retraso mental.
- Núñez, R., Peña, A., Pacheco, B., Sánchez, M., Rivera, M., (2006). Obesidad en pacientes adultos del Municipio Sucre del Estado Miranda. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*.

- Oliva, L. Laura & Villagra A. Hernán (2000). La obesidad como factor de riesgo en la persona con Síndrome Down, frente a la alternativa de la actividad física y deportiva. Lecturas: Educación Física y Deportes | http://www.efdeportes.com/revista_digital | Buenos Aires | Año 5 - N°18 – Febrero 2000
- Oviedo, G., Marcano, M., De Salim, A., & Solano, L. (2007, May). Exceso de peso y patologías asociadas en mujeres adultas. *Nutrición Hospitalaria*, 22 (3), 358-362. Retrieved August 31, 2009 From Fuente Académica database.
- Padilla, G., Roselló, M., Guzmán, S., Aráuz, A., (2006). Percepción de la obesidad en adultos costarricenses. *Acta Médica Costarricense* 48 (3) San José
- Paoli, I., Henriquez, G., Azuaje, A., (2005). Efectividad del índice de masa corporal en el diagnóstico nutricional de gestantes. *Archivos latinoamericanos de nutrición*. 55 (1).
- Peña, M., Ballao, J., (2001). La obesidad y sus tendencias en la región. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10 (2) pp 75-78
- Pérez, L., Raigada, J., Collins, A., Mauricio, S., Felices, A., Jiménez, S., Casas, J., (2008). Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith; Huaraz, Ancash, Perú. *Acta Médica. Peruana* v.25 n.4 Lima oct/dic.2008
- Pisabarro, R., (2006). Prevalencia de la obesidad en Uruguay. *Revista Española de Obesidad* 2006; 4 (3): 148-155
- Proenca, R., & Macedo, F., (2009). La obesidad o la impronta del planeta en el ser humano. Calle libre ccd 10 | año 5 | 4| Murcia 2009 | Págs. 55 a 60 | ISSN: 1696-5043.

- Ramírez, E., Grijalva, M., Ponce, J., & Valencia, M., (2006). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el noroeste de México por tres referencias de índice de masa corporal: diferencias en la clasificación. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, ISSN 0004-0622 ALAN, 56 (3,) Caracas sep. 2006.
- Rubio, M., Salas, J., Barbany, M., Moreno, Ba., Aranceto, J., Bellido, D., Blay, V., Carraro, R., Formiguera, X., Foz, M., de Pablos, P., García, P., Grier, J., López, M., Martínez, J., Remesar, X., Tebar, J., Vidal, J., (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad* 2007; 5 (3); 135-175
- Sherrill, C. (2004). *Adapted Physical Activity, Recreation, and Sport: crossdisciplinary and Lifespan* (6th ed.). New York, NY: Mc Graw- Hill Companies
- Sicras-Mainar, A., Rejas-Gutiérrez, J., Navarro-Artieda, R., & Blanca-Tamayo, M. (2008, March). Impacto de la obesidad en la utilización de fármacos anti psicóticos en población adulta atendida en varios centros de atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (2), 90-93. Retrieved August 31, 2009, from Fuente Académica database.
- Tejero, E., (2008). Genética de la obesidad. Department of Genetics, Southwest Foundation for Biomedical Research, San Antonio, Texas, USA. 65, (441 – 450)
- Verdugo, M., (2002). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* , 34 (1), Núm. 205 págs. 1 -13

- Villaseñor Bayardo, S., Ontiveros Esqueda, C., & Cárdenas Cibrian, K. (2006, August). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, 8(2), 86-90. Retrieved august 31, 2009 from MedicLatina database.
- Visser Richard (2005). Plan de acción holístico contra el sobrepeso y la obesidad en niños en Aruba. *Revista Cubana de Salud Pública* 2005; 31 (4).
- Vizmanos, B., Hunot, C., y Capdevila, F., (2006). Alimentación y obesidad, *Investigación en salud*, 8 (2), Agosto 2006.
- Wilkerson, B. (2009, January). Mental Health: The Forgotten Illness. (cover story). *Benefits & compensation digest*, 46(1), 1-24. Retrieved August 31, 2009, from Vocational and Career collection database.
- Yamaki, K., (2004). Body weight status among adults with intelectual disability in the community. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, 43 (1), pp. 1-10.

