

Quaderns de recerca, treball i guia

Alimentació, activitat física, son i obesitat en la discapacitat intel·lectual analitza els patrons de pesos i la seva evolució en les persones amb discapacitat intel·lectual ateses als diferents serveis de la Fundació Apip-Acam en el període 2004-2019 i proporciona informació i eines de treball per a abordar el tema de l'alimentació i l'activitat física com a eines de prevenció en les persones amb discapacitat intel·lectual. També analitza la importància del son en les conductes de les persones amb discapacitat intel·lectual i com es controla als centres de la fundació.

Forma part de la col·lecció “**Quaderns de recerca, debat i guia**”, la qual pretén cercar els millors tractaments per progressar en la autonomia global de les persones DI, promoure la participació dels professionals, la millora de l'atenció en l'actuació diària de les residències i servir com a guia per la formació interna dels nous professionals.

ACCIÓ SOCIAL I RESIDENCIAL

FUNDACIÓ
apip-acam

Alimentació, activitat física, son i obesitat en la discapacitat intel·lectual

Programa DI
Departament de recerca aplicada

Josep Pascual i Bardají
Àngels Cañas Cebrián

FUNDACIÓ
apip-acam
Servei de Publicacions


Quaderns de recerca, debat i guia

**Alimentació, activitat física,
son i obesitat en la
discapacitat intel·lectual
(projecte 1.1.c)**

Programa DI
Departament de recerca aplicada

Josep Pascual i Bardají
Àngels Cañas Cebrián

Servei de Publicacions
Fundació Apip-Acam



Col·lecció: Quaderns de recerca, debat i guia: Direcció Programa DI

© 2022, Autor del text: Josep Pascual i Bardají i Àngels Cañas Cebrián

© 2019, Servei de Publicacions de la Fundació Apip-Acam:

Director: Josep Ricou

C/ Paloma, 21-23

08001 Barcelona

hacer@fundacioapipacam.org

www.fundacioapipacam.org/editorial-hacer.html

Coordinació: Equip del Servei de Publicacions

Maquetació: Alfons Gràcia

Impressió: Romanyà Valls

ÍNDEX

Alimentació, activitat física i obesitat en la discapacitat intel·lectual – Josep Pascual i Bardají	5
Idees clau.....	5
Introducció	5
1. Informació general.....	6
1.1 Deglució: bronc aspiracions i ennuegaments.....	6
1.2 Salut dental.....	9
1.3 Sobrepès i obesitat.....	11
1.4 Restrenyiment.....	15
1.5 Activitat física	17
2. Intervenció	18
2.1 Activitat i sobrepès.....	18
3. L'obesitat en les persones amb discapacitat intel·lectual del nostre entorn i la nostra entitat	21
Bibliografia.....	25
Annex 1.....	29
Annex 2.....	30
Annex 3.....	32

Son, obesitat i discapacitat intel·lectual. Control de son als centres – Àngels Cañas Cebrián.....	35
1. El son: importància, fases i qualitat.....	35
2. L'obesitat i el son en les persones amb discapacitat intel·lectual	37
3. Control de son als centres.....	38

ALIMENTACIÓ, ACTIVITAT FÍSICA I OBESITAT EN LA DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL (Projecte 1.1.c)

Josep Maria Pascual i Bardají
Responsable del Departament de Recerca Aplicada
de la Fundació Apip-Acam

Idees clau

1. Els problemes de deglució i els ennuegaments són factors de risc en les persones amb discapacitat intel·lectual i poden donar lloc a la mort.
2. Els problemes de salut bucal són freqüents i afecten la salut general.
3. L'excés de pes i l'obesitat són factors de risc i afecten la qualitat i esperança de vida.
4. El restrenyiment és altament freqüent amb alts costos d'atenció.
5. El sedentarisme i la poca activitat física defineixen el col·lectiu i afecta la salut i longevitat.

Introducció

El present document té per a objectiu proporcionar informació i eines de treball per a abordar el tema de l'alimentació i l'activitat física com a eines de prevenció en les persones amb discapacitat intel·lectual per part dels professionals que intervenen en la seva atenció. En la segona

part es tracten quines variables cal intervenir per millorar els resultats en temes de pes i la tercera s'apropa a la realitat de l'obesitat en les persones amb discapacitat intel·lectual en el nostre entorn i es mostren les dades de la nostra entitat.

1. Informació general

1.1 Deglució: bronc aspiracions i ennuegaments

La deglució és l'acte complex pel qual el menjar passa de la boca a l'estómac i implica la masticació, amassament i humidificació a la boca. Un cop fet el 'bolo' alimentari és propulsat cap a la faringe (fase oral), la fase faríngia està constituïda per un seguit de moviments involuntaris que impedeixen que el menjar vagi cap a les vies respiratòries. La tercera fase (esofàgica) farà que el 'bolo' arribi a l'estómac.

La deglució es pot veure afectada per alteracions en la configuració dels aparells implicats (dents, paladar, llengua, etc.), dels nervis que coordinen les diferents parts o com a efecte secundari de neurolèptics. Les alteracions en la deglució s'anomenen disfàgia i poden donar lloc a que part del menjar o líquid vagi a les vies respiratòries (bronc aspiració) amb aparició de pulmonia, desnutrició i/o deshidratació i ennuegament. Aquest darrer pot donar lloc a asfíxia amb risc de mort.

S'estima que l'asfíxia per ennuegament dona una mortalitat del 0,00066% en la població general i de l'1,87% en les persones amb discapacitat intel·lectual [1] el que justifica l'adopció de mesures preventives bàsiques, actitud d'alerta enfront de senyals de risc i la formació del personal en la Maniobra d'Heimlich enfront d'ennuegaments.

La Fundació Guttmann [2] informa de les següents pautes preventives bàsiques:

- Estar despert, reactiu i col·laborador.
- Evitar sorolls i distraccions (TV, ràdio, visites, etc.).
- No parlar ni riure mentre es menja, parlar només després d'empassar.
- Estar ben assegut, preferiblement a la cadira, el maluc cap enrere i els braços i els peus ben recolzats. Si està al llit, incorporar el capçal 45-90 graus.
- Si porta pròtesi dental, assegurar que està fixa.
- El cap ha d'estar lleugerament flexionat cap avall. La persona que alimenta ha de seure a l'alçada de la persona amb disfàgia i apropar-li el menjar per sota de la boca.
- Menjar a poc a poc. No prendre una altra cullerada fins que s'hagi empassat l'anterior.
- Si durant el menjar s'observa algun signe de disfàgia, comenti-ho amb el metge, la infermera o la logopeda.
- Després de dinar es recomana estar incorporat 30 min per evitar reflux i realitzar una correcta higiene oral.

Els senyals d'alarma als quals s'ha d'estar atent són:

- Tos i ofecs durant o després del menjar.
- Canvi de veu després d'empassar.

- Dificultats en mastegar o control reduït de la llengua.
- Si es donen arcades a l'empassar, dolor, baveig, regurgitació nasal o dificultat per a mantenir el menjàrà la boca.

Davant aquestes caldrà que personal mèdic faci les valoracions al cas i doni indicacions adients. D'altra banda, la formació i manteniment de la pràctica de la Maniobra d'Heimlich ha de permetre actuar quan es dona ennuegament i reduir la mortalitat associada.

Indicaciones para realizar la maniobra de Heimlich a mayores de 8 años



Font: *Quironprevención.com*

1.2 Salut dental

Les persones amb discapacitat intel·lectual presenten una prevalença de càries semblant a la població general, però es diferencien pel nombre de càries no tractades, peces no substituïdes, pitjor higiene dental i severitat de malaltia periodontal [3]. La imatge següent (encara que matisable) proporciona una visió de conjunt adequada a una breu aproximació [4]:

4.1. Patología oral más frecuente

	CARIES	ENFERMEDAD PERIODONTAL	MALOCLUSIÓN	HÁBITOS PERJUDICIALES
PARÁLISIS CEREBRAL	Alto riesgo. por higiene oral inadecuada. También favorecido por la respiración oral, efectos adversos de la medicación, hipoplasia del esmalte y dieta blanda.	Alto riesgo. debido a higiene oral deficiente, habilidad física limitada y maloclusión. No es infrecuente la hiperplasia gingival medicamentosa.	Alto riesgo. Mordida abierta con protrusión de los dientes anteriores y paladar ojival.	Bruxismo Babeo
AUTISMO	Alto riesgo en pacientes con hábitos nocivos, mala higiene oral y dieta blanda, pegajosa o dulce.	Riesgo similar a la población general.	Riesgo similar a la población general.	Bruxismo Autolesiones Pica
SÍNDROME DE DOWN	Riesgo bajo, aunque puede potenciarse por xerostomía, dieta cariogénica, problemas de masticación y autoclisis deficiente.	Alto riesgo de enfermedad periodontal precoz y destructiva, con pérdida prematura de los dientes. Se potencia en casos de mala higiene, maloclusión y bruxismo.	Alto riesgo. Mandíbula muy desarrollada y maxilar superior pequeño. Mordida abierta, alteraciones de la erupción y malposiciones dentarias.	Bruxismo
RETRASO MENTAL	Riesgo similar a la población general, aunque puede potenciarse por mala higiene oral.	Riesgo similar a la población general, aunque puede potenciarse por mala higiene oral.	Riesgo similar a la población general.	Bruxismo Autolesiones Pica

Font: Manual de Higiene Oral para Personal con Discapacidad [4].

Les principals patologies prevenibles són:

1. Càries: excés de sucre a la dieta o fàrmacs que inclouen sucres, reducció del flux salival (xerostomia) per consum d'ansiolítics i anticolinèrgics, distès especials, hipotonia de llavis, llengua o galtes, disfuncions motores de mans i braços i manca de motivació per la higiene dental.

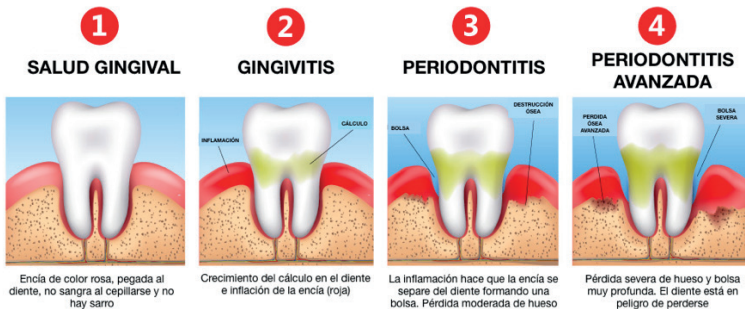
LOS ESTADIOS DE LA CARIES



Font: Las caries: su importancia [5].

2. Gingivitis i periodontitis: la gingivitis es dona per un excés de placa bacteriana que juntament amb altres factors poden evolucionar cap a la segona.

¿Sabías que? Los estadios de la enfermedad periodontal



Font: Información sobre Periodoncia [6].

La higiene bucal constitueix la base de la salut dental. En l'Annex I poden trobar unes recomanacions per grups de població. Cal entendre que aquestes recomanacions impliquen:

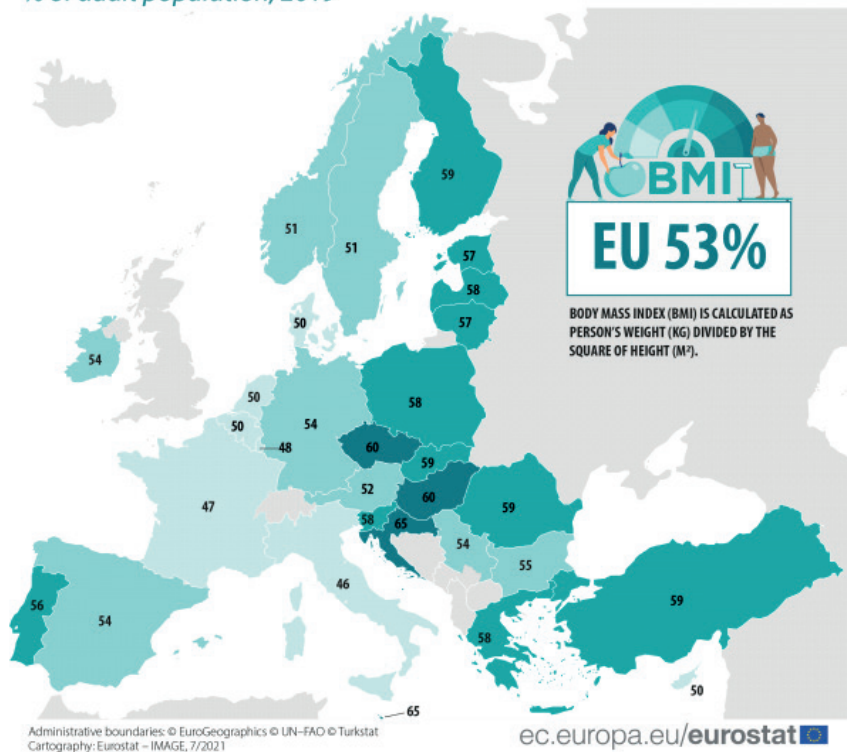
- Aspectes educatius i motivacionals que cal treballar amb usuaris.
- Formació del personal d'atenció directa per tal que aquest ensenyin als usuaris més autònoms o realitzin les tasques als de major dependència.
- Disseny d'estratègies per afavorir l'acceptació de les intervencions en serveis dentals.
- Promoure que familiars i tutors incorporin les visites periòdiques als especialistes.
- Incloure en el programa d'atenció individualitzada aquest apartat. Per a tal pot ser d'utilitat el model d'avaluació individual que s'inclou en l'Annex 2.

1.3 Sobrepès i obesitat

L'excés de pes és conseqüència d'un augment de les reserves de greix per sobre del considerat normal en relació amb les característiques individuals (altura, corpulència, edat i sexe). La cronificació d'aquest excés augmenta la probabilitat de presentar malaltia del sistema circulatori (hipertensió, infarts, ictus), neoplàsies, metabòliques (hipercolesterolèmia, diabetis), neurològiques (apnea de la son), etc.

Overweight population (BMI≥25)

% of adult population, 2019



Font: *Estudi Overweight and obesity – BMI statistics de l'Eurostat.*

L'Organització Mundial de la Salut considera que dona lloc a 2,5 milions de morts anuals i li dona el valor d'epidèmia. A escala europea, les dades de l'Eurostat ens mostra un valor conjunt del 53% i com és, malgrat les diferències, un problema global. La Generalitat de Catalunya informa que "més de la meitat de la població de 18 a 74 anys

i el 34,6% de la població de 6 a 12 anys té excés de pes”. Aquesta problemàtica també a països amb rendes mitjanes i baixes. En el nostre entorn es calcula que representa el 7% de la despesa sanitària.

Com mesurar i comparar?

La forma més immediata consisteix en mesurar el pes. Això té però un problema ja que si bé és fàcil comparar en una mateixa persona, no permet la comparació ni l'estudi epidemiològic. Per solucionar-ho s'han desenvolupat fonamentalment dues mesures.

La primera d'elles és l'índex de massa corporal (IMC) que s'obté de dividir el pes en Kg. pel quadrat de l'alçada en metres ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$). En funció d'aquest valor es classifica des de l'infrapes fins a l'obesitat mòrbida. L'IMC és un bon indicador de risc de malaltia cardiovascular i diabetis, però no té en compte la distribució del greix ni la forma física.

L'altra mesura de fàcil aplicació és l'índex de cintura-maluc (ICC). Aquest valora la distribució del greix central i perifèric i es millor predictor de mortalitat i diabetis que l'anterior.



Font: Article Índice de Masa Corporal (IMC) en adultos y en niños de Burro Sabio.

Quines són les causes?

Es tracta d'un fenomen multidimensional on hi ha causes biològiques (genètiques, metabòliques, farmacològiques) i sociocultural (hàbits d'alimentació, cicle vigília-son, sedentarisme, activitats físiques, etc.) que en una intervenció individualitzada cal tenir en compte. Generalment, sempre es tractarà d'un desequilibri entre la ingesta i el consum calòric i és aquests dos punts on s'ha de fer especial incidència en les intervencions.

Quines són les dades en la població amb discapacitat intel·lectual?

Rimmer i Yamaki en la seva metaanàlisi del període 1985-2000 observen un increment en la taxa d'obesitat als EEUU tant en la població general com en la població amb discapacitat intel·lectual (DI): les taxes per al període 1985-1988 eren de l'11,4% en població general i del 19,4% en població amb DI per al període 1997-2000 eren del 20,6 i 34,65 respectivament. Observen que la taxa d'obesitat més gran en al DI també es dona en altres països desenvolupats [7]. Ser dona, presentar la Síndrome de Down (SD), menor afectació intel·lectual i viure en entorns amb menys supervisió són variables que es relacionen amb major risc de sobrepès i obesitat [8]. Hsieh et al. varen estudiar possibles relacions de l'obesitat en la DI i les variables edat, sexe, comorbiditats (síndrome de down, paràlisi cerebral, mobilitat reduïda), medicacions inductores de pes, activitat física, hàbits dietètics, consum d'alcohol o tabac i tipus i entorn d'habitatge. Els seus resultats corroboren que ser dona (OR=1,40), presentar SD (OR=2,52) o paràlisi cere-

bral (OR=0,47), prendre medicacions que afecten el pes (OR=1,80), dur a terme activitat física moderada (OR=0,89) i el consum de begudes ensucrades (OR=1,19) són variables rellevants. Cal destacar que no observen relació entre el tipus d'habitatge i el pes [9].

Aquestes dades s'expliquen per:

1. Malalties minoritàries que cursen amb predisposició a l'obesitat. Orphanet té identificades 164 alteracions genètiques que s'associen amb major o menor freqüència a l'obesitat i de les quals 134 s'associen a discapacitat intel·lectual [10].
2. Major prevalença de malalties metabòliques.
3. Efectes secundaris dels antipsicòtics de segona generació.
4. Desequilibri entre ingesta i consum calòric.

1.4 Restrenyiment

El restrenyiment és una afecció en què la persona té menys de tres evacuacions a la setmana; la femta són dures, seques o grumoses; l'evacuació de la femta és difícil o dolorosa; o queda una sensació que l'evacuació no va ser completa [11]. Per restrenyiment crònic funcional (RCF) s'entén la presència de l'anterior durant al menys 3 mesos i afecta al volt del 15% de la població general [12]. En les persones amb discapacitat intel·lectual es calcula una prevalença general del 25% que arriba al 33% en l'àmbit residencial [13].

Els problemes d'eliminació poden ser causats per múltiples causes de les que destaquen [11]:

- Efectes secundaris de medicaments.
- Problemes de salut: diabetis, hipotiroidisme, malaltia celíaca, afeccions neurològiques, etc.
- Hàbits: no menjar suficient fibra, no hidratar-se prou o poca activitat física.








El restrenyiment suposa una font de malestar per a la persona, augmenta la càrrega d'atenció, implica un cost sanitari elevat i pot donar lloc a complicacions que augmenten tot l'anterior: hemorroides, fissures anals, prolapses rectals, impactació fecal, úlcera estercoràcea, vòlvul de còlon i megacòlon.

Avaluació del ritme deposicional i de la femta

A banda dels restrenyiments hi ha altres alteracions en l'evacuació que cal tenir en compte i han de ser motiu de consulta. A més de la diarrea tenim els canvis en la freqüència i en la forma i color:

Escala de Bristol



	Tipus 1: Trossos durs separats, com si fossin nous
	Tipus 2: En forma de botifarra però plena de bonyes
	Tipus 3: En forma de botifarra però amb esquerdes a la superfície
	Tipus 4: En forma de salsitxa, suau i tova
	Tipus 5: Trossos tous amb les vores ben definides, fàcils d'evacuar
	Tipus 6: Trossos tous amb les vores desfetes
	Tipus 7: Totalment líquida, sense cap tros sòlid

Font: Ets el que menges.



Font: Ciencias y cosas.

1.5 Activitat física

L'OMS defineix l'activitat física com qualsevol moviment corporal produït pels músculs esquelètics, amb el consum d'energia consegüent. L'activitat física fa referència a tot moviment, fins i tot durant el temps de lleure, per desplaçar-se a determinats llocs i des d'ells, o com a part del treball d'una persona. L'activitat física tant moderada com intensa millora la salut. El risc de mort és entre el 20 i el 30% major entre qui no realitza activitat física suficient [14].

Per a les persones adultes amb discapacitat recomana fer de forma setmanal activitats físiques aeròbiques moderades entre 150 i 300 minuts o activitats físiques aeròbiques intenses entre 75 i 150 minuts o una combinació equivalent d'activitats moderades i intenses al llarg de la setmana. També haurien de fer activitats d'enfortiment muscular moderades o més intenses que exercitin tots els grups musculars principals durant dos o més dies a la setmana [15]. Tanmateix insisteixen a reduir les activitats sedentàries i substituir-les per activitat física encara que sigui de baixa intensitat.

Enfront de aquestes recomanacions la realitat és la de la tendència al sedentarisme. Així s'han observat valors d'entre el 64% [16] i el 72,9% [17] de sedentarisme en el transcurs del dia. Tanmateix, el 52,86% no realitza una activitat física que arribi als valors recomanats per l'OMS [16].

Malgrat la relació positiva entre normopès i salut s'ha d'entendre que l'activitat física és mediador d'aquesta relació: no tota pèrdua de pes és positiva. Gutiérrez et al. van observar, en un entorn residencial i en persones amb DI confinament durant 17 setmanes per COVID-19, una disminució de l'IMC mitjà de 27,62 a 26,99 que va ser deguda a la pèrdua de massa muscular [18].

2. Intervenció

2.1 Activitat i sobrepès

En contextualitzar en una població amb alt sedentarisme - el que impacta negativament sobre l'esperança de vida i té implicacions neurocognitives [19] i amb altes ta-

xes de fàrmacs amb potencial inducció de síndromes metabòliques [20] entenem que les propostes de millora han d'incloure:

1. Educació sanitària: sistematitzar l'educació sanitària dirigida tant als usuaris com a les famílies (especialment en els casos de major autonomia i temps d'estada fora dels serveis) buscant la seva implicació i motivació. A aquest efecte cal destacar l'existència de material adaptar [21] on es treballa tant la dieta com l'activitat física. Aquest punt es pot treballar tant grupalment com individual.
2. Dieta: oferir i treballar per a aconseguir l'adherència a la dieta que li correspongui a cada persona implica un treball a nivell de famílies, de la pròpia cultura del servei i dels seus usuaris.
3. Activitat física: afavorir la implantació progressiva d'activitats físiques lleus i moderades no sols suposa incidir en aquest punt sinó que té implicacions en la cognició i la salut mental [19]. Igualment s'ha de tenir present que no sols s'ha d'intervenir en l'augment de l'activitat física, sinó que cal incidir en la reducció del sedentarisme en tant que l'activitat sedentària és un factor de risc de mortalitat prematura i patologies cròniques i les persones amb DI, tant si realitzen activitat física com si no, tenen nivells de sedentarisme superiors a la població general [16]. Ens ha semblat interessant referir el treball de Uysal et al [22] en tant que, amb un model animal, observen que l'activitat física pot tenir resultats diferents si es realitza de forma voluntària o involuntària.

4. Control rutinari de pesos: el seu control és una font important d'informació i pot ser, segons com s'abor-di, un factor motivador o estressant. No es pot obli-dar que l'IMC és sols una de les mesures de l'estat corporal i que pot amagar pèrdua de massa muscu-lar, per la qual cosa ha de ser controlat per personal sanitari. La freqüència del control i de revisió de les dades s'hauria d'incloure en el programa individu-al. La seva realització pot representar tant una ob-tenció de dades com una activitat per a treballar la motivació i afavorir el canvi cultural assenyalat.
5. Revisió sistemàtica de medicació psiquiàtrica. Enca-ra que aquest punt constitueix en si mateix un objec-te de treball cal destacar que els neuroleptics, àmpli-ament utilitzats en aquest col·lectiu, tenen diferents efectes secundaris metabòlics [18]. La seva revisió en dosis o valorar la substitució del de major impacte ha de ser un tema a tenir en compte per part de psi-quiatria.
6. Introducció de la mesura periòdica de l'índex cintu-ra-malucs (ICC) perquè és millor predictor de mor-talitat i diabetis mellitus tipus 2 que l'IMC [23].
7. Introducció de les variables IMC i ICC dins del siste-ma d'objectius i avaluació dels diferents serveis per part de l'entitat.
8. Un aprofundiment en l'anàlisi de les dades que in-cloguin sexe, edat, etiologia i tractament psiquiàtric que poden ajudar a detectar diferents perfils que re-quireixin abordatges específics.

3. L'obesitat en les persones amb discapacitat intel·lectual del nostre entorn i la nostra entitat

En el nostre entorn tenim tres fonts d'informació respecte d'aquest tema:

L'enquesta EDAD08 [24] va posar de manifest que aquesta població en conjunt presenta una taxa d'excés de pes en un 62,6% amb un 32,5% de sobrepès i 30% en forma d'obesitat. Aquesta dada és clarament superior al 54% d'excés de pes i el 17,4% d'obesitat que s'observa en la població general.

			IMC_cat						
			Infrapeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Obesidad III	Total
Presenta DI y nivel	Deficiencia intelectual profunda y severa	Recuento % dentro de Presenta DI y nivel	2236 6,5%	12296 35,5%	9729 28,1%	7287 21,0%	1869 5,4%	1242 3,6%	34659 100,0%
	Deficiencia intelectual moderada	Recuento % dentro de Presenta DI y nivel	670 1,7%	11467 29,7%	14480 37,5%	7500 19,4%	4062 10,5%	417 1,1%	38596 100,0%
	Deficiencia intelectual leve	Recuento % dentro de Presenta DI y nivel	1021 5,8%	6222 35,6%	5527 31,6%	2676 15,3%	1168 6,7%	873 5,0%	17487 100,0%
	Inteligencia limite	Recuento % dentro de Presenta DI y nivel	865 10,8%	2080 26,0%	2494 31,2%	1764 22,1%	641 8,0%	152 1,9%	7996 100,0%
Total	Recuento % dentro de Presenta DI y nivel	4792 4,9%	32065 32,5%	32230 32,6%	19227 19,5%	7740 7,8%	2684 2,7%	98738 100,0%	

Taula I. Percentatge de pesos i nivell de DI.
Font: elaboració pròpia a partir de les microdades INE.

L'estudi SENECA [25] realitzat a Catalunya en el període de 2000-2008, amb persones amb DI límit, lleu o moderada i major de 40 anys i amb dades d'entre 210 i 279 persones mostra la següent evolució:

IMC	2003	2004	2005	2007
Infrapès sever (<16)	0,00%	0,39%	0,85%	0,48%
Infrapès moderat (16-16,99)	0,37%	0,00%	0,00%	0,00%
Infrapès lleu (17-18,49)	1,11%	0,78%	1,27%	1,90%
Normopès (18,5-24,9)	28,04%	29,30%	30,08%	25,24%
Sobrepès (25-29,9)	45,76%	41,41%	42,37%	44,29%
Obesitat I (30-34,9)	15,87%	19,53%	17,37%	18,57%
Obesitat II (35-39,9)	7,75%	5,86%	5,93%	7,62%
Obesitat III (>=40)	1,11%	2,73%	2,12%	1,90%
Obesitat (>=30)	24,72%	28,13%	25,42%	28,10%

Taula II. Percentatge de pesos segons any.

Font: Elaboració pròpia partir de les dades SENECA.

Per la seva banda l'estudi POMONA-ESP [26] manifesta:

	Grups edat				Nivell discapacitat intel·lectual			
	18-29	30-44	45-64	>=65	Lleugera	Moderada	Severa	Profunda
Obesitat	22,6%	32,7%	27,9%	18,7%	32,3%	29,8%	25,6%	15,7%

Taula III. Percentatge d'obesitat segons edat i nivell.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'estudi POMONA-ESP.

Per part nostre hem dut a terme una anàlisi descriptiva i longitudinal dels índexs de massa corporal que contenen els historials mèdics de les persones ateses en el període 2004-2019. Per a cada persona que tenia registrat més d'un pes en el mateix any s'ha calculat la mitjana d'aquests com a pes de l'any en qüestió. La classificació de pesos s'ha

realitzat d'acord amb els criteris de la WHO. L'evolució dels pesos s'ha calculat en funció del primer i darrer pes que es té de cada persona independentment de l'any.

Les dades d'estudi fan relació al conjunt dels serveis d'habitatge per a DI majors de 18 anys: 1 llar residència (obertura el 2002 amb 18 places), 2 residències de suport limitat amb trastorns de la conducta (Montigalà amb obertura el 1999 i redefinit el 2008 amb 24 places i El Lluc obert el 2004 amb 30 places) i 1 residència de suport generalitzat (obertura el 2009 amb 29 places). A nivell demogràfic i data 31/12/2019 tenim un 63,64% d'homes i edat mitjana de 47,44 anys (rang: 22- 71 anys).

En el període d'estudi es donen dos variables de confusió. La primera és que els valors globals es poden veure afectats per l'obertura de nous serveis i l'entrada de nous residents que poden distorsionar de forma significativa els valors. La segona és causada pels moviments naturals de cada centre, de forma que baixes i altes poden donar lloc a canvis dels percentatges de cada grup no deguts només a canvis de pes dels usuaris sinó també a aquestes. Per a poder neutralitzar, en la mesura del possible, tals variables s'ha quantificat la diferència de pes entre la primera i darrera mesura de cada persona.

L'anàlisi de les dades que es troben en les taules de l'Annex 3. La taula IV mostra una tendència cap al normopès. Partint d'una taxa d'obesitat del 40,91%, superior al 30,13% d'EDAD08, s'assoleix un 15,85% clarament inferior. Per la seva banda el sobrepès augmenta del 22,73% al 29,27% tendint a les dades EDD08 (30,14%). Una taxa de normopès de 51,22% l'any 2019 es clarament millor que les observades a EDAD08, SENECA i POMONA i més propera a la de la població general catalana de 18-74 anys

del 2019 (44,8%) [27]. Al nostre entendre són resultat d'intervencions basades en educació sanitària, promoció de l'activitat física i control de la dieta.

Tot i això, és difícil saber el pes que els moviments poblacionals hi poden tenir i són les dades de la Taula V qui ens ho permet clarificar. Així l'evolució de la comparativa entre dades aparellades (IMC inicial a columna i darrer IMC a fila) ens mostra que dins les persones amb normopès es dona un augment cap al sobrepès del 9,38%. Per al sobrepès es dona un 45% dels casos d'evolució cap a normopès i un 12,5% cap a sobrepès I. En obesitat II s'observa pèrdua de pes en el 54,54% i cap augment. Per a obesitat III tenim un 83,33% amb millora.

Les dades anteriors no són homogènies en l'entitat observant-se diferències per centre. Per a la llar-residència, amb dades limitades al període 2005-2014, es veu un augment del normopès cap sobrepès en un 20% dels casos, un 25% de casos d'augment de sobrepès a obesitat I i la desaparició d'obesitat III que passa a II. En la residència Montigalà s'observa que en el 100% dels casos que inicien amb normopès es manté, un 25% dels casos de sobrepès milloren a normopès i l'altre 25% a obesitat I, la totalitat dels casos que comencen amb obesitat I evolucionen cap a obesitat II. Per la residència El Lluc és clar un augment del 9,09% de normopès a sobrepès, una disminució del sobrepès a normopès del 77,78%, l'eliminació de l'obesitat I i III i una millora del 83,33% en els casos d'obesitat II. En la residència Mas Lluí s'observa un augment del normopès a sobrepès en un 10% i altre 10% que baixa a infrapès lleu, una millora a normopès del 72,73% dels que debuten amb sobrepès i millora a sobrepès en el 66,67% dels casos d'obesitat I.

Malgrat les diferències observades poden ser degudes a la tipologia de servei, trets diferencials dels usuaris (nivell, comorbiditats i tractaments mèdics, nivell de suport, etc.) seria important aprofundir en una anàlisi que permetin augmentar la tendència al normopès i la introducció de la mesura d'altres variables que millora la qualitat de l'avaluació de les intervencions.

Bibliografia

1. Samuels, R. y Chadwick, D.D. Predictors of asphyxiation risk in adults with intellectual disabilities and dysphagia. *Journal of Intellectual Disability Research* 2006, 50 (5): 362-370. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00784.x>
2. Equip de logopedes del Guttmann Brain Health Institute. (14 de desembre de 2020). LA DISFÀGIA. PROBLEMES DE DEGLUCIÓ. https://barcelona.guttmann.com/ca/article/la-disfagia-problemes-de-deglucio?fbclid=IwAR3kj5z-z_G2X_PFPu3XAX-jqWRY_tlmAKIKzpYea7cufVVpArgmhvCMXes.
3. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010, 30(3):110-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20500706/>
4. Diz Dios, P. (ed). Manual de Higiene Oral para Personal con Discapacidad. Servizo Galego de Saúde (SERGAS). Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 2012. http://www.seoene.es/wp-content/uploads/2018/08/Manual_de_higiene_oral_para_personas_con_discapacidad_CC.pdf
5. Consejos de tu dentista. (juliol de 2021). Las caries: su importancia. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. <https://www.consejodentistas.es/pdf/consejos-dentista/CONSEJOS-DE-TU-DENTISTA-12pdf>.
6. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (s.d.). Información sobre

- Periodoncia. <https://www.consejodentistas.es/ciudadanos/informacion-clinica/tratamientos/item/1548-informacion-sobre-periodoncia.html#:~:text=La%20periodoncia%20es%20el%20%C3%A1rea,ligamento%20periodontal%20y%20cemento%20radicular.>
7. Rimmer, J. i Yamaki, K. Obesity and intellectual disability. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2006, 12 (1): 22-27. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20091>
 8. Emerson, E. et Baines, S. Health Inequalities & People with Learning Disabilities in the UK: 2010. Improving Health and Lives: Learning Disabilities Observatory. https://strathprints.strath.ac.uk/34862/1/vid_7479_IHaL2010_3HealthInequality2010.pdf
 9. Hsieh, K., Rimmer, J. H. I Heller, T. Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability* 2014, 58 (9): 851-863. <https://doi.org/10.1111/jir.12100>
 10. Orphanet. (28 d'abril de 2022). PHENOTYPES ASSOCIATED WITH RARE DISORDERS. Orphanet (conjunt de dades). http://www.orphadata.org/data/xml/es_product4.xml.
 11. Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales. (16 de maig de 2022). Síntomas y causas del estreñimiento. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/estrenimiento/sintomas-y-causas>.
 12. Casado, F.J., Diéguez, C. Y Díaz, M.M. Concepto, epidemiología y mecanismos fisiopatológicos en el estreñimiento crónico funcional del adulto. *RAPD ONLINE* 2018, 41 (5): 241-245. <https://www.sapd.es/revista/2018/41/5/03/pdf#:~:text=El%20ECF%20se%20considera%20un,y%20el%2014%25%20Roma%20II7.>
 13. Martínez, R. et al. La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II. *Rev Neurol* 2011, 53 (7): 406-414. <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART19357/pomonaII.pdf>.

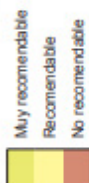
14. OMS (17 de maig de 2022). Actividad física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
15. OMS (2020). Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337004/9789240014817-spa.pdf>.
16. Oviedo, G. R., Tamulevicius, N. y Guerra-Balic, M. (2019). Physical Activity and Sedentary Time in Active and Non-Active Adults with Intellectual Disability: A Comparative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019, 16 (10), 1761. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101761>.
17. Harris, L., M.McGarty, A., Hilgenkam, T., Mitchell, F., Melville, G.A. Correlates of objectively measured sedentary time in adults with intellectual disabilities. *Preventive Medicine Reports* 2018, 9: 12-17. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2211335517301729?token=C76026A561D5528E995847FCB7B76E1AFB56E85FC0D979CB1A9C3275111D8A13C27B63C9352EBE22EEF872220864FFDF&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220517111737>.
18. Gutiérrez-Cruz, C. et al. Efecto del confinamiento COVID-19 sobre la composición corporal en residentes con discapacidad intelectual. *Revista Española de Discapacidad* 2021, 9(1): 141-152. <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/688/423>
19. Kandola, A., Hendrikse, J., Lucassen, P. J. i Yücel, M. (2016). Aerobic Exercise as a Tool to Improve Hippocampal Plasticity and Function in Humans: Practical Implications for Mental Health Treatment. *Frontiers in Human Neuroscience* 2016, 10. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00373>
20. Cortés Morales, B. Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2011, 31(2): 303-320. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000200009>
21. Alves, C i Sansano, A. Hábitos alimentarios. Claves para una nutrición saludable para familias y personas con DID. Dincat. Barcelona, 2017. <https://www.dincat.cat/wp-content/uploads/2020/04/H%C3%A1bitos-alimentarios.pdf>

22. Uysal, N., Kiray, M., Sisman, A., Camsari, U., Gencoglu, C., Baykara, B., Cetinkaya, C. i Aksu, I. (2014). Effects of voluntary and involuntary exercise on cognitive functions, and VEGF and BDNF levels in adolescent rats. *Biotechnic & Histochemistry*, 2014, 90(1): 55–68. <https://doi.org/10.3109/10520295.2014.946968>
23. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària: llibre blanc. 2a ed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2006. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1859/llibre_blanco_consens_activitats_preventives_adults_2006.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. INE (2009). Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia [Conjunto de datos]. INE. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175
25. Novell, R., Nadal, M., Smilges, A., Pascual, J. i Pujol, J. Envelliment i discapacitat intel·lectual a Catalunya. Aps 2008. <https://www.santomas.cat/uploads/docs/RESUM%20EXECUTIU%20SENECA.pdf>
26. Folch A, Salvador-Carulla L, Vicens P, Cortés MJ, Irazábal M, Muñoz S, Rovira L, Orejuela C, González JA, Martínez-Leal R. (2019). Health indicators in intellectual developmental disorders: The key findings of the POMONA-ESP project. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2019, 32(1):23-34 <https://doi.org/10.1111/jar.12498>
27. Departament de Salut (2020). Enquesta de Salut de Catalunya. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2019/Taules_ESCA_2019.zip

Annex 1

4.2. Medidas de higiene oral recomendadas

	Retraso mental	Síndrome de Down	Autismo	Parálisis cerebral	Epilepsia	Distrofia muscular	Deficit visual	Deficit auditivo
Involucrar a familiares/cuidadores	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable
Cepillo eléctrico	Recomendable	Recomendable	No recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable
Clorhexidina	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable
Pasta de dientes fluorada	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable
Educación en higiene oral	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable
Revisiones periódicas	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable
Tartracetomía	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable
Programas educativos específicos	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable
Consejo de estética	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable	Recomendable



Font: Manual de Higiene Oral para Personal con Discapacidad [4].

Annex 2

4.3. Ficha de evaluación individual de las necesidades del paciente

Esta es una ficha muy básica que puede resultar especialmente útil para proporcionar recomendaciones sobre un paciente concreto.

Nombre y apellidos	Fecha
--------------------	-------

El paciente sólo requiere supervisión durante la higiene oral
 El paciente posee cierta destreza pero requiere ayuda
 La higiene oral debe ser efectuada por otra persona

1. Cepillo

Manual Eléctrico Gasa

Otro.....

2. Técnica de cepillado

Horizontal o de barrido Vertical Vibratoria (técnica de Bass)
 Rotatoria

3. ¿Frecuencia del cepillado?

.....

4. Uso de pasta dentífrica

No Sí

Flúor (indicar concentración).....

Otras.....

5. Enjuague bucal

- No precisa enjuague
- El paciente sabe enjuagarse
- El paciente no sabe enjuagarse. El cuidador debe utilizar una gasa o el cepillo dental empapado
- Flúor:
 - Diario
 - Semanal
- Clorhexidina:
 - 0,05%
 - 0,12%
 - 0,2% Duración.....
- Otros.....

6. Seda dental

- No utilizar seda dental
- El paciente puede utilizar la seda dental
- El paciente puede utilizar la seda dental con la ayuda de un portahilos
- El cuidador deberá aplicar la seda dental

7. Portador de prótesis removibles

- Cepillado de prótesis después del desayuno y la comida
- Cepillado de prótesis después de la cena
- Retirada nocturna
- Tratar la prótesis con:
 - Antiséptico (indicar concentración).....(.....)
 - Desincrustante/Limpiador. Frecuencia.....
 - Otros.....

8. Consejo dietético:.....

9. Revisiones odontológicas:

- 3 meses
- 6 meses
- Anual
- Otras.....

Font: Manual de Higiene Oral para Personal con Discapacidad [4].

Annex 3

N	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Infrapès sever (<16)	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1
Infrapès moderat (16-16.99)	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0
Infrapès lleu (17-18.49)	1	1	1	1	0	2	1	0	0	0	1	1	3	2	1	2
Normopès (18.5-24.9)	7	10	11	9	10	21	23	26	28	27	27	26	29	33	38	42
Sobrepès (25-29.9)	5	10	10	10	10	21	27	28	27	29	27	22	24	23	26	24
Obesitat I (30-34.9)	4	8	6	9	8	14	15	13	10	15	16	14	10	8	6	5
Obesitat II (35-39.9)	4	1	5	4	4	6	5	6	9	6	8	6	3	8	7	7
Obesitat III (>=40)	1	3	3	3	4	4	3	3	2	3	2	2	1	1	0	2
Obesitat (>=30)	9	12	14	16	16	24	23	22	21	24	26	21	14	16	15	13
Total	22	33	37	37	48	76	77	77	80	82	86	72	74	74	80	82
%																
Infrapès sever (<16)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.32%	1.30%	1.30%	1.25%	1.22%	1.16%	1.39%	2.78%	0.00%	0.00%	1.22%
Infrapès moderat (16-16.99)	0.00%	0.00%	2.70%	2.70%	2.08%	1.32%	1.30%	1.30%	1.25%	1.22%	2.33%	1.39%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Infrapès lleu (17-18.49)	4.55%	3.03%	2.70%	2.70%	0.00%	2.63%	1.30%	0.00%	0.00%	0.00%	1.16%	1.39%	4.17%	2.70%	1.25%	2.44%
Normopès (18.5-24.9)	31.82%	30.30%	29.73%	24.32%	20.83%	27.63%	29.87%	33.77%	35.00%	32.93%	31.40%	36.11%	40.28%	44.59%	47.50%	51.2%
Sobrepès (25-29.9)	22.73%	30.30%	27.03%	27.03%	43.75%	35.53%	36.36%	35.06%	36.25%	35.37%	33.72%	30.56%	33.33%	31.08%	32.50%	29.27%
Obesitat I (30-34.9)	18.18%	24.24%	16.22%	24.32%	16.67%	18.42%	19.48%	16.88%	12.50%	18.29%	18.60%	19.44%	13.89%	10.81%	7.50%	6.10%
Obesitat II (35-39.9)	18.18%	3.03%	13.51%	10.81%	8.33%	7.89%	6.49%	7.79%	11.25%	7.32%	9.30%	8.33%	4.17%	10.81%	8.75%	8.54%
Obesitat III (>=40)	4.55%	9.09%	8.11%	8.11%	8.33%	5.26%	3.90%	3.90%	2.50%	3.66%	2.33%	1.39%	1.39%	0.00%	2.50%	1.22%
Obesitat (>=30)	40.91%	36.36%	37.84%	43.24%	33.33%	31.58%	29.87%	28.57%	26.25%	29.27%	30.23%	29.17%	19.44%	21.62%	18.75%	15.85%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Taula IV: Evolució de la mitjana de l'IMC anual. Període 2004-2019. Font: Elaboració pròpia.

	Infrapès sever (<16)	Infrapès moderat (16-18,99)	Infrapès lleu (17-18,49)	Normalès (18,5-24,9)	Sobrepès (25-29,9)	Obesitat I (30-34,9)	Obesitat II (35-39,9)	Obesitat III (≥40)
Infrapès sever (<16)	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infrapès moderat (16-18,99)	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infrapès lleu (17-18,49)	0,00%	22,22%	0,00%	22,22%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%
Normalès (18,5-24,9)	0,00%	0,00%	2,12%	87,59%	9,29%	0,00%	0,00%	0,00%
Sobrepès (25-29,9)	0,00%	0,00%	0,00%	45,00%	42,50%	12,50%	0,00%	0,00%
Obesitat I (30-34,9)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	75,00%	12,50%	12,50%	0,00%
Obesitat II (35-39,9)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	18,18%	18,18%	45,45%	0,00%
Obesitat III (≥40)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	16,67%	33,33%	16,67%

Taula V: Canvis d'IMC per persona (global). Període 2004-2019.
Font: Elaboració pròpia. (IMC inicial a columna i darrer a fila)

	Infrapès sever (<16)	Infrapès moderat (16-18,99)	Infrapès lleu (17-18,49)	Normalès (18,5-24,9)	Sobrepès (25-29,9)	Obesitat I (30-34,9)	Obesitat II (35-39,9)	Obesitat III (≥40)
Infrapès sever (<16)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infrapès moderat (16-18,99)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infrapès lleu (17-18,49)	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Normalès (18,5-24,9)	0,00%	0,00%	0,00%	80,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Sobrepès (25-29,9)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
Obesitat I (30-34,9)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Obesitat II (35-39,9)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Obesitat III (≥40)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%

Taula VI: Canvis d'IMC per persona (Hebre-Llar-Residència de suport intermitent, limitat o extens). Període 2005-2014.
Font: Elaboració pròpia. (IMC inicial a columna i darrer a fila).

	Infrapès sever (<16)	Infrapès moderat (16-18,99)	Infrapès lleu (17-18,49)	Normalès (18,5-24,9)	Sobrepès (25-29,9)	Obesitat I (30-34,9)	Obesitat II (35-39,9)	Obesitat III (≥40)
Infrapès sever (<16)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infrapès moderat (16-18,99)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infrapès lleu (17-18,49)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Normalès (18,5-24,9)	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Sobrepès (25-29,9)	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%	50,00%	25,00%	0,00%	0,00%
Obesitat I (30-34,9)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Obesitat II (35-39,9)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Obesitat III (≥40)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%

Taula VII: Canvis d'IMC per persona (Montigalà-Residència de suport extens amb trastorns de conducta). Període 2005-2019.
Font: Elaboració pròpia. (IMC inicial a columna i darrer a fila).

	Infrapès sever (<16)	Infrapès moderat (16-18,99)	Infrapès lleu (17-18,49)	Normalès (18,5-24,9)	Sobrepès (25-29,9)	Obesitat I (30-34,9)	Obesitat II (35-39,9)	Obesitat III (≥40)
Infrapès sever (<16)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infrapès moderat (16-18,99)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infrapès lleu (17-18,49)	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Normalès (18,5-24,9)	0,00%	0,00%	0,00%	30,91%	9,09%	0,00%	0,00%	0,00%
Sobrepès (25-29,9)	0,00%	0,00%	0,00%	77,78%	22,22%	0,00%	0,00%	0,00%
Obesitat I (30-34,9)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Obesitat II (35-39,9)	0,00%	0,00%	0,00%	16,67%	33,33%	33,33%	16,67%	0,00%
Obesitat III (≥40)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	0,00%

Taula VIII: Canvis d'IMC per persona (El Lluc-Residència de suport extens amb trastorns de conducta). Període 2004-2019.
Font: Elaboració pròpia. (IMC inicial a columna i darrer a fila).

	Infra pès sever (<16)	Infra pès moderat (16- 16,99)	Infra pès lleu (17- 18,49)	Normopès (18,5- 24,9)	Sobrepès (25- 29,9)	Obesitat I (30- 34,9)	Obesitat II (35- 39,9)	Obesitat III (≥40)
Infra pès sever (<16)	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infra pès moderat (16-16,99)	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Infra pès lleu (17-18,49)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Normopès (18,5-24,9)	0,00%	0,00%	10,00%	80,00%	10,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Sobrepès (25-29,9)	0,00%	0,00%	0,00%	72,73%	27,27%	0,00%	0,00%	0,00%
Obesitat I (30-34,9)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	86,67%	33,33%	0,00%	0,00%
Obesitat II (35-39,9)	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Obesitat III (≥40)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Taula IX: Canvis d'IMC per persona (Mas Lluí-Residència de suport extens o generalitzat). Període 2009-2019.

Font: Elaboració pròpia. (IMC inicial a columna i darrer a fila).

SON, OBESITAT I DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL.

CONTROL DE SON ALS CENTRES

Àngels Cañas Cebrián – Directora del programa
d'atenció residencial DI

1. El son: importància, fases i qualitat

El son és una part integral de la vida quotidiana, una necessitat biològica que permet restablir les funcions neurològiques, físiques i psicològiques.

Dormir és bàsic i essencial en molts aspectes: millorar l'estat d'ànim, prevenir l'ansietat i la depressió, potenciar la memòria, estimular la síntesi de músculs, potenciar la regeneració d'òrgans i teixits, millorar les habilitats mentals, incrementar el rendiment tant físic com mental, reduir el cansament, la irritabilitat, ajudar a perdre pes, augmentar la creativitat, reduir la pressió arterial, estimular el sistema immunitari o fins i tot prevenir l'aparició de malalties cardiovasculars o la diabetis.

Dormir durant 8 hores fa que el son passi per diverses fases o etapes, però que es poden reduir en dos:

Fase no REM. No hi ha moviments oculars ràpids i representa el 75% dels cicles del son. A la vegada es divideix en quatre fases:

- Fase I: Etapa d'adormiment. És el difús límit entre la vigília i el son. Dura pocs minuts, i és el grau de son més lleuger.

- Fase II: Etapa de son lleuger. Representa fins al 50% dels cicles de son. Les funcions corporals i metabòliques continuen alentint-se i la persona encara es desperta amb relativa facilitat.
- Fase III: Etapa de transició al son profund. Acostuma a durar entre dos i tres minuts.
- Fase IV: Etapa de son profund. Representa el 20% dels cicles de el son. És aquesta etapa la que determina realment la qualitat del descans i si el son és reparadora o no.

Fase REM: És l'etapa del son amb moviments oculars ràpids. Representa el 25% del cicle del son. La persona mou els ulls com si estigués desperta.

Acostumem a entrar entre 4 i 5 vegades a fase REM entrant per primera vegada uns 90 minuts després de quedar-nos adormits. Té una duració mitjana, a cada cicle d'uns 20 minuts. Les freqüències cardíaques i respiratòries fluctuen i la pressió arterial augmenta. És en aquesta fase que consolidem la memòria, retenim o oblidem la informació, i sobretot, que somiem.

Una son de 8 hores s'organitza en entre 4 i 5 cicles amb una durada d'uns 90-120 minuts durant els quals es van passant les diverses etapes.

Sabem que quan el son s'altera en qualitat o quantitat apareixen signes i símptomes que afecten la conducta. Les formes més habituals tenen a veure amb les dificultats per agafar i mantenir el son, despertar precoç, somnolència diürna i desajustament en les fases del son.

En les persones amb obesitat és freqüent la presència d'apnea del son. La persona que ho pateix acostuma a ron-

car de forma habitual i, de tant en tant, diverses vegades durant la nit per respirar uns segons.

La qualitat del son és molt dolenta i, en conseqüència, tindrà molta son durant el dia. També, augmenta la probabilitat que presenti alteracions conductuals enfront de demandes o peticions insistents de la resta de persones.

En conclusió, hem de tenir en compte aquests aspectes a l'hora de poder valorar com afecta la qualitat del son i l'obesitat a les persones amb discapacitat intel·lectual.

2. L'obesitat i la son en les persones amb discapacitat intel·lectual

Com hem vist, la persona amb obesitat tindrà més dificultats per poder tenir una bona qualitat del son, la qual cosa pot generar més trastorns de conducta. A això mateix li hem d'afegir altres elements com poden ser el fet de necessitar medicació hipnòtica per poder agafar o mantenir el son, i que generen un debat a l'hora d'analitzar la medicalització de les persones amb discapacitat intel·lectual.

A les residències de la Fundació Apip-Acam es treballa de manera interdisciplinària amb el/la psiquiatra, responsable sanitari/ària i el psicòleg/loga per tal que els residents tinguin, en aquest cas, una bona qualitat del son amb el mínim de medicació possible.

És per això que és important mantenir-se actiu durant el dia a través d'activitats terapèutiques com l'esport actiu (en la mesura del possible tenint en compte diversos factors com l'edat, l'estat de salut, les preferències personals, la durada de l'activitat, etc.). També, és bàsic poder establir

unes rutines i un entorn agradable per poder garantir una bona qualitat de la son.

3. Control de son als centres

Per aquestes raons, l'equip tècnic dels centres residencials registra i pren mesures quan es detecta que hi ha algun usuari/ària que no dorm adequadament (per exemple, dorm menys hores de les adequades o es desperta diverses vegades). Quan el personal d'atenció directa de nit observa durant un període de temps que un/a resident no dorm de forma adequada, es comunica i es deixa registrat per tal que l'equip tècnic valori els diferents aspectes que poden incidir.

Com ja s'ha esmentat anteriorment pot influir més d'un factor: extern o intern. Si és un factor extern, com la temperatura de l'habitació o el soroll, es pot modificar i tenir en compte a l'hora d'enllitar la persona. Si són factors interns, com que es trobi en un estat ansiós que no el deixi descansar, obsessivitat o pensaments recurrents i/o malestar, s'ha d'analitzar si el/la resident necessitarà ajuda de medicació psiquiàtrica puntual o durant un temps, en el qual el/la psiquiatra i el psicòleg/a revisaran regularment i valoraran la idoneïtat de la prescripció mèdica.

Servei de Publicacions Fundació Apip-Acam



La Fundació Apip-Acam està dedicada a la resolució de necessitats humanes. Juntament amb les administracions i la societat, col·laborem amb l'acció residencial, assistencial, formativa i d'inclusió social. Com entitat estatal, disposem de seus a les províncies de Soria, Osca, Saragossa, Barcelona, Lleida, Girona, Castelló de la Plana i València.

El Servei de Publicacions de la Fundació Apip-Acam té com objectiu aportar coneixements sobre la història, les idees i les polítiques i moviments socials per generar un pensament crític que permeti impulsar noves formes i paradigmes en els serveis de creixement social, sanitari i econòmic.

Amb la col·lecció "Test Social" es posa en valor la importància de la recerca i l'avaluació des de l'experiència professional de la gestió de programes socials.

"Quaderns de recerca, debat i guia" pretén cercar els millors tractaments per progressar en la autonomia global de les persones DI, promoure la participació dels professionals, la millora de l'atenció en l'actuació diària de les residències i servir com a guia per la formació interna dels nous professionals.

