



Universidad Internacional del Ecuador
Facultad de Ciencias Médicas, de la Salud y la Vida
Escuela de Nutriología

Trabajo para la obtención del título de Nutrióloga

“Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo del Centro de Reposo San Juan de Dios, periodo enero - abril 2016”

Autora: Camila Gómez de la Torre Iturralde

Directora del trabajo de titulación: Dra. Julieta Robles Rodríguez Mgt.

Quito, septiembre 2016

Certificación y acuerdo de originalidad

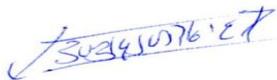
Yo, Camila Gómez de la Torre Iturralde, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, reglamento y leyes.



.....
Camila Gómez de la Torre

Yo, Mgst. Julieta Beatriz Robles Rodríguez, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo él responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.



.....
Julieta Beatriz Robles Rodríguez

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Agradecimientos y dedicatorias

Este trabajo de titulación, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación, no hubiese sido posible su finalización sin el apoyo desinteresado de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos difíciles.

Primero, dar gracias a Dios por estar siempre en cada paso que doy y fortalecer mi corazón e iluminar mi mente. Por poner a todas esas personas que han sido mi soporte y compañía en todo el periodo de estudio.

A mi tutora, la doctora Julieta Robles, quien a pesar de otras ocupaciones, se comprometió y compartió sus conocimientos; le agradezco su valiosa dirección y apoyo en la finalización de la tesis.

A la doctora Ivette Valcárcel, quién con su profesionalismo dejó a mi alcance sus conocimientos y punto de vista y procuro siempre mi entendimiento y comprensión.

A los adultos mayores del centro de reposo san juan de Dios, por haberme compartido su sabiduría y sensibilidad.

A mis padres, por darme la vida, comprensión y estabilidad emocional para poder llegar a este logro que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ellos.

A mis hermanos, por su ejemplo y comprensión, por su continuo y afectuoso aliento.

A mis compañeros, por apoyarme y compartir durante toda la carrera.

En general, quisiera agradecer a todos y cada una de personas que han estado en la realización de esta tesis, que han creído en mí y me han apoyado.

Índice de contenido

Lista de abreviaturas y tabla de símbolos	1
Resumen	2
Abstract	4
Introducción	6
Justificación	7
Objetivos	10
General	10
Específicos	11
Capítulo 1	12
1.1. Antecedentes	12
1.2. Marco Teórico	14
1.3. Aspectos Nutricionales y Comportamiento Alimentario en Adultos Mayores con Demencias	26
1.4. Recomendaciones Nutricionales en Adultos Mayores con Demencias ...	30
1.5. Escala de “Blandford”	32
Capítulo 2	33
2.1. Metodología	33
2.1.1. Localización y temporalización	33
2.1.2. Población y muestra	33
2.1.3. Criterios de inclusión	33
2.1.4. Criterios de exclusión	34
2.1.5. Tipo de estudio	34
2.1.6. Variables	34
2.1.7. Instrumentos	36
2.1.8. Personal que colaboró	36
2.2. Procedimientos	36
2.3. Plan de Análisis	37
Capítulo 3	39
3.1. Resultados	39
3.1.1. Descripción Sociodemográfica	39
3.1.2. Análisis de posibles factores de riesgo	48
Capítulo 4	54
4.1. Discusión	54
Conclusiones y Recomendaciones	60

5.1. Conclusiones.....	60
5.2. Recomendaciones.....	61
Bibliografía	62
Anexos, apéndices o materiales complementarios	69

Índice de tablas

Tabla 1 - Lista de abreviaturas y símbolos.....	1
Tabla 2 - Operacionalización de variables	35
Tabla 3 - Descripción de la edad y el tiempo de estancia del centro de reposo de los adultos mayores. Hospital San Juan de Dios. Enero-abril, 2016.....	40
Tabla 4 – Descripción de resultado de las variables antropométricas. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios (enero - abril, 2016).....	46
Tabla 5 - Prevalencia de resultado de la escala de Blandford y estado nutricional. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios (enero - abril, 2016).	47
Tabla 6 - Asociación entre sexo y resultado de la escala de Blandford	48
Tabla 7 - Asociación entre el tipo de demencia y el resultado de la escala de Blandford.....	49
Tabla 8 - Asociación entre Alzheimer y el resultado de la escala de Blandford	50
Tabla 9 - Asociación entre mayores y menores de 82 años y el resultado de la escala de Blandford.....	51
Tabla 10 - Comparación de medias del promedio del tiempo de estancia según estadios de la Escala de Blandford.	52
Tabla 11 – Asociación entre el grado de dependencia alimentaria y estadios de la Escala de Blandford.	53

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Distribución de los adultos mayores por sexo. Hospital San Juan de Dios. (enero - abril, 2016).....	39
Gráfico 2 - Distribución de las muestras según afiliación.	41
Gráfico 3 - Prevalencia de los diagnóstico de demencia. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios. Enero-abril, 2016.....	42

Gráfico 4 - Prevalencia de las conductas alimentarias. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios. (enero - abril, 2016).....	43
Gráfico 5 - Prevalencia de dependencia alimentaria. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios. (enero - abril, 2016).....	44
Gráfico 6 - Prevalencia de estado nutricional. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios. (enero - abril, 2016).....	45

Lista de abreviaturas y tabla de símbolos

Tabla 1 - Lista de abreviaturas y símbolos

(Elaborada por: Camila Gómez de la Torre)

Abreviatura	Significado
OMS	Organización Mundial de la Salud
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
PNBV	Plan Nacional del Buen Vivir
OPS	Organización Panamericana de la Salud
NIA	Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de Estados Unidos
LDL	Lipoproteína de baja densidad (Low density lipoprotein)
APOE	Apolipoproteína E
KCAL	Kilocaloría
KG	Kilogramo
MG	Miligramo
UI	Unidad Internacional
±	Más menos
≥	Igual o mayor que
%	Porcentaje

Resumen

Introducción: La población de adultos mayores en el Ecuador y en el mundo está aumentando, más aun la prevalencia de demencias y deterioro cognitivo (CNII, 2014). Los pacientes adultos mayores con demencias suelen presentar conductas alimentarias anormales, por esto es un grupo de alto riesgo nutricional y es importante evaluar habitualmente el comportamiento alimentario para poder mejorar la esperanza y calidad de vida de los pacientes. Para esto existe la escala de Blandford que permite dar un diagnóstico del grado de alteración alimentaria. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes adultos mayores que padecen enfermedades neurodegenerativas que viven en el geriátrico “San Juan de Dios” e identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. Incluido todo el área geriátrica del “Centro de reposo San Juan de Dios”. Se analizaron datos sociodemográficos como edad, sexo, afiliación, tiempo de estancia hospitalaria con resultado de conducta alimentaria; utilizando la prueba de chi cuadrado de Pearson y en su defecto la prueba de verosimilitud, cuando las frecuencias esperadas fueron inferiores a cinco. **Resultados:** La población total fue de 67 individuos; 52% hombres y 48% mujeres. El 60% de los pacientes presento bajo peso, así mismo la mayor prevalencia tiene dependencia alimentaria (55%). Por lo que está relacionado con el aumento de los estadios evolutivos de la escala de Blandford. La media de edad fue de 82 años y el tiempo de estancia promedio de un año y seis meses. La enfermedad

de Alzheimer fue la más prevalente con un 58% y la conducta alimentaria según escala de Blandford más prevalente fue estadio 3 o comportamiento selectivo. No existe relación estadísticamente significativa entre edad, sexo, afiliación, tipo de demencia y estado nutricional con relación al resultado de la escala de Blandford; pero existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de estancia hospitalaria y la dependencia alimentaria con el resultado de la conducta alimentaria.

Conclusión: Existe mayor prevalencia de bajo peso en los adultos mayores residentes del centro de reposo San Juan de Dios. Así mismo, más de la mitad tiene dependencia alimentaria y se observa que esto tiene relación con el aumento de los niveles de la escala de Blandford. El 42% de los adultos mayores cursa el estadio 3 de Blandford o comportamiento selectivo, donde los pacientes no consumen con suficiente variedad y en pequeñas cantidades. Prefieren comidas de consistencia líquida o blanda y si no se les facilita comidas determinadas no consumen. La escala de Blandford es una herramienta que permite evaluar la conducta alimentaria de los pacientes con deterioro cognitivo con el fin de adecuar una dieta a las necesidades y limitaciones que presentan los adultos mayores, brindando una mejor calidad de vida.

Palabras Clave: Adulto mayor, nutrición, deterioro cognitivo, Escala de Blandford.

Abstract

Introduction: Elderly population in Ecuador and the world is increasing, more even the prevalence of dementia and cognitive disorder (NCCI, 2014). This is a group of high nutritional risk and it is important to periodically value the nourishing behavior in order to improve the life expectancy and quality of patients. The "scale of Blandford" allows to evaluate the degree of nourishing alteration in adults.

Objective: To determine the prevalence of alteration in nourishing behavior in adults, suffering from neurodegenerative diseases, who live in the nursing home "San Juan de Dios" and identify the associated demographic factors.

Methodology: Descriptive cross-sectional study. Including the "San Juan de Dios rest Centre" geriatric area. Analyzed data socio-demographic such as age, gender, affiliation, length of hospital stay with result of nourishing behavior; using the Chi-square test of Pearson and failing the test of likelihood, when the expected frequencies were lower than five.

Results: The total population was 67 individuals; 52% men and 48% women. The average age was 82 years old and average stay of one year and six months. Most patients present low weight (60 %), also has the highest prevalence food dependency (55%). As it associated with increased developmental stages. The disease of Alzheimer was preponderant in 58%; and according to scale of Blandford, nourishing behavior was preponderant Stadium 3 or behavior selective. There is no statistically significant relationship with age, sex, affiliation and type of dementia compared to the

result of the scale of Blandford; but there is a statistically significant relationship between length of stay and the result of eating behavior.

Conclusion: There is a higher prevalence of underweight elderly residents of the rest center San Juan de Dios, also more than half have food dependency and that is related to the increased levels of the scale of Blandford .

The majority of older adults it attends stage 3 of Blandford or selective behavior, where patients do not consume enough variety and in small quantities. They prefer liquid or soft foods and if it's not provided is not consumed. The scale of Blandford is a tool that allows evaluating the nourishing behavior of patients with cognitive disorder, in order to adapt a diet needs and constraints presenting older adults, providing a better quality of life.

Key words: Adults, nutrition, cognitive disorder, scale of Blandford.

Introducción

En los adultos mayores se producen una sucesión de cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos, que pueden provocar la presencia de malnutrición y alteraciones de la conducta alimentaria (Alanís-Niño, 2006).

La investigación realizada tiene como fin determinar la prevalencia de alteraciones de la conducta alimentaria en los adultos mayores que presentan algún deterioro cognitivo e identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados. Así mismo, busca conocer las limitaciones de los pacientes de tercera edad con demencia a la hora de alimentarse y determinar su relación con el estado nutricional, con el fin de prevenir la mal nutrición y mejorar la calidad de vida en este grupo etario.

En la segunda mitad del siglo pasado, la población ecuatoriana mejoró su esperanza de vida, pues pasó de 48,3 años en 1950-55 a 75,6 años en 2010-15 (CEPAL, 2011). El tema de la nutrición en adultos mayores es de vital importancia ya que hoy en día esta población en el Ecuador se ve incrementada. Sin embargo, esta población es la menos estudiada en el mundo (CNII, 2014). Un adulto mayor que no tiene una buena nutrición deteriora su calidad de vida y probablemente desencadena patologías ya que es un grupo de riesgo, en el Ecuador las principales causas de muerte en individuos mayores de 65 años son la diabetes mellitus, los padecimientos

cardiovasculares, pulmonares y el cáncer, enfermedades que tienen relación precisamente con factores dietéticos (INEC 2015).

Aunque se conoce que una buena nutrición contribuye a disminuir el número de muertes por estas patologías neurodegenerativas, no se maneja una valoración nutricional que abarque el análisis de la conducta alimentaria en los centros geriátricos u hospitales del país; por lo cual en este trabajo se busca implementar la escala de Blandford, en el centro de reposo San Juan de Dios y luego en otros geriátricos, como herramienta para evaluar la conducta alimentaria del paciente adulto mayor con demencia, para determinar una nutrición adecuada y personalizada según sea su estado evolutivo (Correa Mónica P, 2007).

Justificación

De acuerdo a los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2015, así como en el Global Health Risks, se da a conocer que las enfermedades crónicas no transmisibles, encabezan la lista de las principales causas de mortalidad en el mundo en el siglo XXI. Concretamente tanto a nivel mundial como en Latinoamérica, la enfermedad de Alzheimer se presenta como la tercera causa de mortalidad, con un importante aumento del 33,9% desde 1990 hasta la actualidad (World Health Organization, 2013), (World Health Organization, 2009).

En América Latina y el Caribe la población mayor de 60 años está aumentando considerablemente en todos los países, según el informe del 2015 del Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE). Definen como un proceso generalizado de envejecimiento de las estructuras que lleva a un aumento en el número de adultos mayores como en el peso de esta población sobre la población total. La CELADE en 2015, estima que entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se incorporarán a los 41 millones existentes (CELADE, 2002).

En el Ecuador, la población de adultos mayores ha crecido considerablemente, en razón de que la esperanza de vida ha ido cada vez en aumento, al igual que muchos otros países. Se presentan cambios demográficos consistentes en la disminución de la población menor de 15 años y el aumento del grupo de 60 años o más (Castro, 2011). Según las estimaciones oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, la expectativa de vida en el país bordearía actualmente los 75.2 años: 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la femenina (SENPLADES, 2008). Sin embargo, las principales causas de muerte en el Ecuador están encabezadas por enfermedades crónicas, en adulto mayor. La población femenina registra como principal causa de muerte las enfermedades cardiovasculares, seguido de diabetes, enfermedades cerebrovasculares y neumonía. La población masculina registra como principal causa de muerte las enfermedades crónicas no trasmisibles, seguido por agresiones y accidentes de tránsito (SENPLADES, 2013).

De acuerdo a numerosos estudios realizados en torno a las enfermedades crónicas no transmisibles, se evidencia que uno de los principales factores de riesgo de estas enfermedades es la alimentación, que además, es un factor de riesgo modificable. En base a los datos publicados en el último informe del proyecto “*Global Burden of Disease*”, los factores dietéticos ocuparon el primer lugar en la lista de factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad en la población mundial en el año 2015 (Lancet, 2012).

La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo (SENPLADES, 2013).

El Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017 (PNBV), en su objetivo tres “*mejorar la calidad de vida de la población*” plantea garantizar las condiciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. Es así como se pretende con este proyecto contribuir a los objetivos del Plan en cuanto a mejorar la calidad de vida de la población mediante adaptación de la dieta del adulto mayor. Así mismo contribuir al objetivo cuatro “*fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía*” mediante capacitaciones y educación nutricional que se brindará a las cuidadoras de los pacientes adultos mayores. Como objetivos de la política nutricional del plan del

buen vivir se plantean: “la promoción de una dieta equilibrada con mayor ingesta de proteínas y micronutrientes, que modifique la dieta promedio actual con demasiados carbohidratos y grasas saturadas” (SENPLADES, 2013).

Con todos estos antecedentes, se pretende con este estudio conocer las condiciones nutricionales y de salud de los adultos mayores del centro de reposo “San Juan de Dios”, implementando la escala “*Aversive Feeding Behaviors inventory de Blandford*” (BLANDFORD, G. 2009), que es una herramienta con la cual se puede evaluar el comportamiento de los adultos mayores a la hora de alimentarse. Se pretende evaluar las conductas alimentarias de los pacientes y conocer el tipo de demencia que presentan. Esta investigación tiene como principal objetivo determinar el riesgo nutricional y la prevalencia de alteraciones de la conducta alimentaria en adultos mayores que padecen enfermedades neurodegenerativas como enfermedad de Parkinson, demencia vascular o Alzheimer mediante la aplicación de la escala de Blandford.

Objetivos

General

Determinar la prevalencia de alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes adultos mayores que padecen enfermedades neurodegenerativas que viven en el geriátrico “San Juan de Dios” e identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados.

Específicos

Evaluar la conducta alimentaria en pacientes del “Centro de reposo San Juan de Dios” con deterioro cognitivo mediante la “Escala de Blandford” y comprobar su utilidad en la prescripción dietética del adulto mayor.

Establecer las conductas alimentarias más prevalentes en adultos mayores con deterioro cognitivo que residen en el “Centro de reposo San Juan de Dios” y determinar su relación con el estado nutricional.

Determinar la asociación entre la conducta alimentaria, el estado nutricional y los factores sociodemográficos como sexo, edad, tiempo de estancia, grado de dependencia y tipo de demencia que presentan los adultos mayores del centro de reposo San Juan de Dios.

Establecer los elementos estructurales y funcionales básicos que debe tener un instrumento que evalúe la conducta alimentaria en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo para prevenir la mal nutrición en el paciente.

Capítulo 1

1.1. Antecedentes

Actualmente se sabe que la población de adultos mayores en el Ecuador ha crecido considerablemente. Según el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional en el año 2014 dio a conocer que las personas de 65 años de vida o más empiezan a superar el millón de personas, lo cual representa el 6.7 por ciento de la población total, demostrando que la esperanza de vida aumenta con el tiempo. Sin embargo, en el Ecuador y en el mundo esta población es la menos estudiada (CNII, 2014) y con un alto riesgo nutricional, ya que es común la pérdida de peso y la presencia de patologías relacionadas con la edad, así mismo presentan cambios en su metabolismo como otros aspectos físicos y mentales. En adultos mayores con demencias es frecuente que presenten alteraciones de la conducta alimentaria, provocando patologías asociadas a la alimentación.

Se ha realizado un estudio sobre comportamiento alimentario en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo en Argentina 2007, donde la enfermedad de Alzheimer fue preponderante y la mayoría de los adultos mayores cursaba estadio 2 de la escala Blandford, o dispraxia general, con un alto grado de dependencia hacia los cuidadores al momento de comer (Correa Mónica P, 2007).

Ávila-Funes (2006), determina que existen factores que determinan la aparición de trastornos en los hábitos alimentarios de los adultos mayores y están relacionados a

los síntomas depresivos de estos, entre los factores que más asociación mostraron fueron: poca movilidad, mala prescripción dietética, falta de grupos alimenticios, ausencia de prótesis dental entre otros. Por otro lado, un estudio en España en 2014 sobre prevalencia y factores asociados a mal nutrición en ancianos hospitalizados concluyen que la malnutrición de adultos mayores oscila entre 40 y 60 por ciento. Los factores asociados más relevantes esta la edad, ausencia de valoración nutricional y ausencia de valoración de la capacidad funcional del adulto mayor y el estadio de su enfermedad (García Peris P, 2014).

El deterioro cognitivo es la alteración más frecuente en los adultos mayores e incrementa con la edad, se trata de un patología adquirida por una causa orgánica donde se ven afectadas las funciones mentales superiores que provocan una incapacidad funcional, tanto socialmente como intelectualmente (Perancho I, 2008); suele ocasionar cambios alimentarios que los convierten en un grupo de riesgo nutricional. Es importante valorar periódicamente el estado nutricional y el comportamiento alimentario para poder asegurar una correcta nutrición según la etapa en la que se encuentre el paciente. Sin embargo, pocas o casi ninguna de las instituciones que atienden a adultos mayores lo hacen, además no existen estudios en nuestro país que señalen la relación de conductas alimentarias de los adultos mayores y el estado evolutivo de las demencias que presentan (CNII, 2014).

El riesgo de presentar trastornos alimentarios se incrementa con la edad en los adultos mayores, y se maximiza si estos tienen deterioro cognitivo, pues dependen

de terceras personas para alimentarse o deben recibir alimentación enteral. En los centros geriátricos muchas veces no se cuenta con personal calificado, no se les asigna una dieta adecuada a este tipo de pacientes o no son nutricionalmente valorados (Correa Mónica P, 2007).

Con los antecedentes descritos se puede conocer que la alimentación y la nutrición son aspectos básicos en los adultos mayores que deben ser conservados y para lograrlo, es necesario efectuar modificaciones al plan alimentario dependiendo del estado evolutivo de la enfermedad. También es importante orientar y educar a cuidadores y familiares acerca de las técnicas correctas que deben practicarse a la hora de alimentar a estos adultos.

1.2. Marco Teórico

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y basados en la esperanza de vida de los ecuatorianos, se entiende como adulto mayor a “toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales”. Envejecer se define como un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. Es decir, es el resultado acumulado de todos los cambios que se presentan desde el nacimiento hasta la muerte (Cardona, et al 2012).

Todas estas etapas o cambios que el adulto mayor experimenta, están asociadas de manera directa a los estándares de alimentación y el estado nutricional. Se conoce como los inadecuados hábitos alimentarios se transforman en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, predisponiendo al organismo a mayores infecciones y patologías asociadas al envejecimiento lo que reduce el tiempo y la calidad de vida del adulto mayor (Restrepo, 2006).

Deterioro Cognitivo

El deterioro cognitivo es la pérdida de las funciones cerebrales cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información, que se considera normal con el paso del tiempo (UNOBRAIN, 2013). El deterioro cognitivo depende de factores fisiológicos como de ambientales, por esto existe gran variabilidad interindividual (UNOBRAIN, 2013).

Al deterioro cognitivo se lo define como una alteración de las funciones intelectuales o cognitivas producidas por la edad. No llega a influir negativamente en la capacidad de relación social, familiar, laboral o en alguna actividad cotidiana. A diferencia de la “demencia” que produce un déficit notorio en las actividades o comportamientos frente a la familia, respuesta social o laboral (Robalino, 2012).

Al deterioro cognitivo leve se lo conoce como la decadencia de las funciones cognitivas en poca proporción, ya sea debido al proceso normal y fisiológico del envejecimiento o por otros factores; en general no influye en las actividades

habituales o en relacionarse con otros individuos. A diferencia de la demencia que se caracteriza por alteraciones progresivas de las funciones cognitivas o intelectuales que limitan al individuo realizar actividades cotidianas y relacionarse con otras personas (Queralt, 2014).

Según estudios científicos recientes sobre enfermedades neurodegenerativas en España 2015, utilizando el método de neuroimagen (Valls-Pedret, 2015), muestran que los trastornos cognitivos son el resultado de deficiencias funcionales de la corteza prefrontal del cerebro, que altera las capacidades de atención, ejecución y concentración, sin embargo un importante porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo leve no presentan cambios estructurales específicos. No obstante, el progreso de los trastornos cognitivos del adulto mayor es muy diverso, ya que estudios en individuos sanos indican que el deterioro de las capacidades ejecutivas (dificultad para resolver problemas, tomar decisiones complejas, inhabilitar respuestas) y amnésicas experimentan una progresión muy lenta a partir de los 60 años, como resultado se obtiene que el 50% de los casos evoluciona hacia una demencia en un lapso de 3 años, el resto mejora o permanece estable (Robalino, 2012).

Investigaciones demuestran y proporcionan valor predictivo a la determinación del genotipo APO E (apolipoproteína E), como factor de riesgo de un trastorno cognitivo leve o una demencia, aunque no es determinante en todas las personas. (FIBAO, 2009).

Los pacientes con deterioro cognitivo requieren mayor cuidado y vigilancia por sus cuidadores o familiares, ya que no colaboran en su rehabilitación y tienden a ser agresivos. Por ello, conocer el nivel cognitivo y su sintomatología del paciente geriátrico es importante a la hora de planificar sus cuidados y tomar decisiones, ya que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente la calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones (Varela, 2004).

Según el grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que presente el paciente, se denomina como deterioro cognitivo leve si no padece ninguna afectación; si ya existe limitación para las actividades cotidianas, se clasificará como demencia leve, moderada o grave. (Queralt, 2014).

Entre las principales funciones cognitivas afectadas están la memoria a corto, medio o largo plazo, las áreas del lenguaje, las destrezas manuales o praxias, las funciones cerebrales de resolución de problemas o ejecución de acciones y los rasgos de la personalidad (Casanova, 2004).

Demencia Senil

“Es una pérdida de la función cerebral que ocurre a causa de ciertas enfermedades. Afecta la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento” (Alzheimers Association, 2015). El término demencia senil refiere a un grupo de síntomas causados por desórdenes en la función cerebral, caracterizado por el

deterioro de la memoria a corto y largo plazo, y asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio y alteraciones de la personalidad. (Martinez, 2014).

Según el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de Estados Unidos (NIA), todas estas alteraciones que presentan los adultos mayores son lo suficientemente graves como para interferir en las relaciones personales y en las actividades laborales o sociales (NIA, 2015).

Las dos formas más frecuentes de demencia en las personas mayores son la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular; se trata de padecimientos irreversibles y según los expertos, comienzan generalmente después de los 65 años, sin embargo puede comenzar más temprano (Martinez, 2014); siendo los 85 años la edad con mayor prevalencia de la enfermedad en el mundo (Oróstegui, 2015).

La demencia senil, también llamada pérdida de la memoria, habitualmente es producida por el Alzheimer, casi el 75% de los casos son producidos por esta enfermedad. Por otro lado, existe un porcentaje de casos que son causados por demencia vascular, la que consiste en un deterioro de la circulación sanguínea en el cerebro. Otros factores de riesgo son tumores cerebrales, esclerosis múltiple, parkinson o demencia post traumática (Oróstegui, 2015).

Los especialistas diagnostican demencia senil evaluando la autonomía del individuo o sólo si dos o más funciones cerebrales como: la memoria, el lenguaje, la

percepción, o habilidades cognitivas como el razonamiento y el juicio están significativamente afectadas sin pérdida de la conciencia (GNM, 2013).

Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un padecimiento neurodegenerativo del sistema nervioso central caracterizado por pérdida de memoria y deterioro de las funciones cognoscitivas. Es la forma más común de demencia, por lo general afecta a personas mayores de 60 años de edad, aunque puede ser antes. Fue descrita por primera vez en 1911 por Alois Alzheimer como un desorden neuropsiquiátrico que afectaba a adultos mayores, estudios tempranos de pacientes afectados con esta enfermedad demostraron la presencia de lesiones en la corteza cerebral. (Contreras, 2004). El Dr. Alzheimer observó cambios en los tejidos del cerebro de una mujer que había muerto de una desconocida enfermedad mental. Sus síntomas incluían pérdida de la memoria, problemas de lenguaje y comportamiento impredecible. Después, el Dr. Alzheimer inspeccionó su cerebro y descubrió varias aglomeraciones anormales (actualmente llamadas placas amiloideas) y bultos de fibras (actualmente llamados ovillos o nudos neurofibrilares) (Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento, 2015). Las placas y los ovillos en el cerebro son las principales características de esta patología. La tercera característica es la pérdida de las conexiones entre las células nerviosas o sinopsis (Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento, 2015).

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo progresivo crónico caracterizado por los siguientes síntomas más importantes. Disfunción cognitiva, que

contiene la pérdida de la memoria, las dificultades del lenguaje y la disfunción ejecutiva. También está caracterizado por síntomas no cognitivos, si no psiquiátricos y trastornos de conducta como depresión, alucinaciones y agitación. Por último están las dificultades para realizar actividades de la vida diaria. Todos estos síntomas progresan desde los más leves, como la pérdida de memoria hasta la demencia muy grave como desconocer a familiares (Papponetti., 2011).

El 61 por ciento de casos de Alzheimer son de aparición tardía y su desarrollo parece influenciado tanto por factores genéticos como por factores ambientales (Harvey RJ, 2013). El factor genético de mayor importancia y de riesgo, es la presencia del alelo e4 de la apolipoproteína E (APOE) que codifica una proteína que participa de forma importante en el metabolismo del colesterol. Existen evidencias que apoyan que APOE4 participa en el metabolismo del péptido “amiloide beta”, regula el metabolismo lipídico a nivel cerebral y la función sináptica a través de los receptores de APOE. Su contribución a la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer está relacionada con su participación en estas funciones (FIBAO, 2009).

Una de los principales enigmas de la enfermedad de Alzheimer es por qué afecta principalmente a los adultos mayores. Los estudios que investigan cómo el cerebro cambia normalmente con la edad están esclareciendo esta pregunta. Por ejemplo, los científicos están aprendiendo cómo los cambios en el cerebro relacionados a la edad pueden perjudicar a las neuronas y contribuir a los daños del Alzheimer. Estos cambios relacionados a la edad incluyen la atrofia de ciertas partes del cerebro,

inflamación y la producción de moléculas inestables llamadas radicales libres (Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento, 2015).

El estado nutricional de los pacientes con Alzheimer queda comprometido durante la enfermedad. Un inadecuado estado nutricional puede afectar la condición general y el bienestar del paciente e influir en la evolución de la demencia, ya que los trastornos neurológicos graves alteren los mecanismos y las capacidades cognitivas y motoras necesarias para lograr una alimentación adecuada (Muñoz, 2010).

En los pacientes con Alzheimer, el deterioro del estado nutricional se presenta por las características propias de la enfermedad, como la presencia de lesiones subcorticales hipotalámicas, las cuales pueden afectar los centros reguladores del apetito y los procesos metabólicos que se encargan de regular el peso y la composición corporal. La apraxia y la agnosia pueden modificar la ingesta diaria de alimentos si estos pacientes no reciben ayuda para el consumo de alimentos; pueden también presentar períodos de hiperfagia, disfagia, anorexia, pérdida de las habilidades de masticación y deglución, además de tener alterada su capacidad para obtener el alimento, prepararlo y llevarlo a la boca (Trelis, 2014).

Demencia Vascolar

Es una enfermedad degenerativa relacionada con la obstrucción de los vasos sanguíneos, que en términos generales es la disminución progresiva de la memoria y la función cognitiva. La demencia vascular se produce cuando el oxígeno y los

nutrientes que llevan el abastecimiento de sangre al cerebro se bloquean o es interrumpido por un sistema vascular dañado. Es catalogado como el tercer trastorno cerebral más común que por lo general afecta a personas entre las edades de 60-75 años (Antunes, 2016).

La demencia vascular es la segunda causa más frecuente de demencia tras la enfermedad de Alzheimer y representa, aproximadamente, el 10-20 por ciento de los casos. Incluso muchos estudios sugieren que, en los mayores de 85 años, es más frecuente que el Alzheimer (Jiménez, 2012).

La demencia vascular tiene algunas etiologías. La más común es un coágulo u obstrucción de los pequeños vasos sanguíneos de las arterias que alimentan el cerebro. Los factores de riesgo más importantes de la demencia vascular están relacionados con la enfermedad cardiovascular, malos estilos de vida como el sobrepeso, la obesidad y el tabaquismo (Dementia Care Central, 2015).

En investigaciones se ha estimado que alrededor del 50 por ciento de las causas de la demencia vascular son consecuencias de la hipertensión arterial y por otro lado una de las raras causas de la demencia vascular es la enfermedad inflamatoria inmune de las arterias (Janssen-Cilag S.A., 2016). Los individuos que sufren de demencia vascular generalmente muestran los síntomas similares a los de la enfermedad de Alzheimer (Correa Mónica P, 2007); el tipo más común de demencia vascular es la demencia mixta que es causada generalmente por una cadena de

pequeños accidentes cerebrovasculares conocido como mini accidentes cerebrovasculares o ataques isquémicos transitorios (Antunes, 2016).

No hay ningún tratamiento para reparar el daño al cerebro causado por los accidentes cerebrovasculares pequeños. Sin embargo, el objetivo es controlar los síntomas y corregir los factores de riesgo como hipertensión arterial, tabaquismo y colesterol alto para prevenir accidentes cerebrovasculares futuros. Se recomienda que los pacientes eviten los alimentos grasos y que se apeguen a una dieta saludable. Evitar el alcohol y mantener la presión arterial en menos de 130/80 mm/Hg. Así como mantener el colesterol LDL en menos de 70 mg/dL. (Alanís-Niño, 2006).

Parkinson

Es una patología neurológica degenerativa y progresiva. Se debe a la degeneración y muerte de las neuronas de una zona del cerebro conocida como sustancia negra, lo cual produce la disminución de una sustancia llamada dopamina, esencial para que los movimientos se realicen de forma ágil, efectiva y sistémica. En la enfermedad de Parkinson disminuye en más del 80% la población de estas neuronas. La causa de la degeneración de las neuronas es desconocida (Meco, 2015). La enfermedad de Parkinson suele comenzar alrededor de los 60 años, pero puede aparecer antes. Es más común entre los hombres que entre las mujeres. No existe una cura para la enfermedad de Parkinson. Existen diversas medicinas que en ocasiones ayudan a controlar considerablemente los síntomas. En casos severos, una cirugía y

estimulación cerebral profunda pueden ayudar (Parkinson's Disease Foundation, 2007).

Se desconoce la etiología exacta de la enfermedad de Parkinson, aunque algunos casos son hereditarios y se pueden deber a mutaciones genéticas. Sin embargo, el 80% de los casos son esporádicos, es decir que la enfermedad generalmente no es hereditaria. Se cree que la enfermedad de Parkinson probablemente es el resultado de una combinación de susceptibilidad genética y exposición a uno o más factores ambientales desconocidos que desatan la enfermedad (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2015).

Las principales alteraciones motoras y psíquicas que la enfermedad de Parkinson produce en el paciente son: salivación anormal, dificultad para tragar, náuseas o estreñimiento que provocan dificultad para alimentarse y pérdida de apetito. Por esto es importante que desde el inicio de la enfermedad se adopten regímenes de alimentación adecuadas que eviten la pérdida de peso, mejoren la función gastrointestinal y aseguren una mejor calidad de vida para el paciente (FISTERRA, 2006).

En los comienzos del Parkinson, el objetivo principal es brindar una alimentación saludable y mantener un peso sano. A medida que la enfermedad avanza, se deberá ajustar la dieta para manejar nuevos síntomas específicos según las limitaciones del paciente, como: dificultades para tragar, efectos secundarios de los medicamentos,

problemas digestivos y autonomía del paciente (Parkinson's Disease Foundation , 2007).

En investigaciones se ha expuesto que la grasa saturada podría incrementar el riesgo de padecer esta enfermedad, mientras que la alimentación que sigue el patrón de dieta mediterránea, es decir, con abundantes frutas y verduras, rica en legumbres, cereales y frutos secos y alto consumo de pescado como fuente de proteínas y grasas, disminuiría la incidencia de esta enfermedad (Meco, 2015).

De igual forma se conoce que las vitaminas del complejo B juegan un papel importante en procesos del sistema nervioso; como funciones en neurotransmisores, síntesis de mielina, generación de energía entre otras. Por esto, su deficiencia está relacionada con desordenes cognitivos (Lanyau, 2010). En especial la vitamina B6, Selhub et al (2002), han demostrado una asociación entre valores inadecuados de vitamina B6 combinado con un nivel alto de homocisteína en la sangre y un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y deterioro cognitivo.

La homocisteína produce un efecto neurotóxico en el organismo, por lo que la ingestión de sustancias que intervienen en su metabolismo y modifican su concentración, como la vitamina B6 , B12 y el folato, disminuirán el riesgo de que se produzca un efecto negativo. Rotterdam y Anderson, (2011), mostraron menor riesgo con la ingestión de vitamina B6 y sugiere complementar con la vitamina B12 y folato, aunque no encontró asociación con estas últimas.

Demencia Post Traumática

Enfermedad causada por traumas craneales, por golpe o caídas que conducen a un deterioro mental progresivo y demencia. Se trata de hemorragias múltiples, pequeñas, en las meninges (Tónico, 2012).

Las personas que sobreviven a un traumatismo craneal pueden padecer de muchos problemas neuropsicológicos provocados por las lesiones cerebrales. Las consecuencias pueden variar entre distintas personas, según la zona cerebral afectada y la gravedad de la lesión. Son frecuentes los cambios de personalidad, el déficit de la memoria, la falta de control sobre los impulsos y la baja capacidad de concentración (Alliance, 2013).

Los problemas conductuales pueden ser muy angustiosos para los familiares y cuidadores, que tendrán que aprender a adaptar las técnicas de comunicación y las expectativas sobre la autonomía del paciente. En algunos casos puede ser necesaria una prolongada rehabilitación cognitiva y conductual para recuperar determinadas capacidades (Alliance, 2013).

1.3. Aspectos Nutricionales y Comportamiento Alimentario en Adultos Mayores con Demencias

Es bastante difícil para una persona sentirse bien y mantener su energía cuando no se está alimentando adecuadamente, y esto implica comer sin saltarse ninguna comida, consumir una variedad de alimentos de todos los grupos alimenticios y comer prudentemente para mantener un peso saludable. Aunque parezca sencillo,

implementarlo puede ser un reto, particularmente si el individuo presenta algún tipo de demencia y los síntomas están afectando su capacidad de comprar, preparar y comer los alimentos (Parkinson's Disease Foundation , 2007).

Existen estudios epidemiológicos de adultos mayores donde se expone la importancia de la asociación de la deficiencia de micronutrientes y el papel protector de algunos hábitos alimentarios como los establecidos en la Dieta Mediterránea. Se ha comprobado en grupos de población en Europa y Norteamérica que los patrones alimentarios con un elevado aporte de grasas y calorías se asocian con mayor prevalencia de población con demencia tipo Alzheimer, mientras que los que mantienen un elevado consumo de cereales y pescados reducen significativamente la prevalencia de esta patología. Incluso algunos datos permiten establecer que los pacientes de la cohortes de Francia que beben habitualmente entre 3 y 4 vasos de vino tinto al día presentan un riesgo relativo menor que los que no beben (Alvares. 2009).

Los adultos mayores presentan mayor riesgo de deficiencias nutricionales como consecuencia de una pobre alimentación, uso excesivo de fármacos, consumo de alcohol y una disminución en la absorción y utilización de los nutrientes, lo cual los vuelve vulnerables a los efectos negativos sobre la cognición. Al comienzo de la tercera edad comienzan a desarrollar leves deterioros cognitivos, en esta etapa la nutrición puede jugar un papel primordial en el enlentecimiento del proceso (Lanyau, 2010).

Investigaciones afirman que la desnutrición condiciona demencia y que existen ancianos desnutridos que pueden presentar un deterioro cognitivo más importante que los bien nutridos, aunque es difícil establecer cuál es la causa y cuál el efecto en estos casos. Hoy se sabe que el 70% de los pacientes con demencia están en riesgo de desarrollar desnutrición, que como en otras patologías, condiciona su morbimortalidad (Alvares, 2009).

Los pacientes con demencias tienen un alto riesgo de desarrollar desnutrición energética proteica, en pacientes hospitalizados con esta enfermedad la desnutrición está presente hasta en el 50% y se ha asociado con aumento de infecciones, úlceras, fracturas de cadera, disfunción cognitiva, anemia , y por lo tanto con incremento en la morbilidad y mortalidad (Lanyau, 2010). Algunos problemas que se presentan en la demencia y que influyen sobre el estado nutricional son: la pérdida de la independencia, dificultad para orientarse y desórdenes en el comportamiento para comer ; por lo general éstos van acompañados a los cambios propios de la tercera edad, como la disminución de estatura, redistribución del tejido adiposo, disminución de masa muscular, pérdida de agua corporal y de densidad ósea; asimismo el deterioro de los sentidos del gusto y olfato, son aspectos que ocasionan deficiencias nutricias (Contreras, 2004).

Los pacientes con demencias de cualquier tipo pueden presentar alteraciones en su estado de nutrición respecto a la pérdida de peso, composición corporal e indicadores bioquímicos (Dementia Care Central, 2015).

La población de adultos mayores es considerado como grupo de riesgo nutricional, ya que a nivel fisiológico la pérdida progresiva de masa magra corporal es la característica más significativa del envejecimiento lo que entiende como una pérdida progresiva de tejidos especialmente en el musculo esquelético, la masa grasa aumenta y se redistribuye; los contenidos de agua y mineral óseo disminuyen entre otras características relacionadas con el estado nutricional (ASPEN, 2007).

Por esto es más común la pérdida de peso que la presencia de sobre peso y obesidad en los adultos mayores. Para valorar el estado nutricional de los adultos mayores se ha adaptado el índice de masa corporal (IMC) para este grupo.

El IMC ideal para los adultos mayores no está determinado, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente así: mayor que 23 kg/m² y menor que 28 kg/m² (SENPE, SEGG 2012).

Índice de masa corporal adaptado a la población adulta mayor

IMC	Estado Nutricional
≤ 23	Bajo Peso
>23 - 28	Normal
28 - 32	Sobre Peso
>32	Obesidad

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Chile, 2014
Elaboro por: Camila Gómez de la Torre

1.4. Recomendaciones Nutricionales en Adultos Mayores con Demencias

En general los adultos mayores y con cualquier tipo de demencia, necesitan al menos, la misma cantidad de vitaminas y minerales que los jóvenes y presentan una disminución de las necesidades calóricas del 25%. Para asegurar todos los nutrientes esenciales, la dieta debe comprender una mezcla de alimentos de los cinco grandes grupos (lácteos, cereales, verduras, frutas y carnes (Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento, 2015).

Un aspecto importante es que aumenta el gasto energético ya que muchos enfermos con demencias en etapas moderadas o avanzadas vagan y deambulan de forma errática, lo hacen a un ritmo constante durante horas, o presentan períodos de agitación durante los que incrementan su gasto energético. Además, estos pacientes presentan episodios infecciosos recurrentes como neumonías o infecciones urinarias que son las más comunes, que les produce un hiperconsumo de las reservas corporales y deterioran aún más su estado nutricional (Meco, 2015).

Se sugiere proporcionar un aporte energético de 35Kcal/kg/día, es necesario que las necesidades energéticas se cubran con dietas de 3000 y 4000 Kcal/día. Proporcionando porciones pequeñas y adaptadas a la etapa en la que curse el paciente; estas deben ser distribuidas en 6 o más fracciones al día. Estos pacientes presentan un aumento de las necesidades energéticas debido a los constantes movimientos que presentan y también al aumento de infecciones o por la misma enfermedad. Por todo lo mencionado anteriormente hay una exigencia promedio de

1400 a 1600 kcal/día adicionales en comparación con pacientes sedentarios (Krause, 2009).

Las recomendaciones energéticas para los enfermos de Alzheimer parecen ser similares a las realizadas para ancianos sanos. La demencia puede causar cambios en los hábitos alimentarios, así pues, la malnutrición puede ser una consecuencia del deterioro cognitivo. También se dan alteraciones en el comportamiento alimentario y situaciones de rechazo a la ingesta, apraxia y agnosia. El conjunto de todos estos factores ayuda el rechazo de estos pacientes ante los alimentos (Trelis, 2014).

Para mantener la salud de sus huesos, se debe asegurar que la dieta incluya abundante calcio y vitamina D. Las personas mayores de 50 años deberían consumir diariamente 1500 mg de calcio y 800 UI de vitamina D (Parkinson's Disease Foundation , 2007).

Para incrementar el aporte energético pueden emplearse suplementos nutricionales por vía oral, en casos severos en los que el paciente no pueda consumir alimentos por esta vía se sugiere el apoyo de la nutrición enteral para garantizar una buena alimentación (Contreras, 2004). Cuando la asistencia nutricional es apropiada en los pacientes con demencia es poco probable que se pueda desarrollar desnutrición u otros problemas relacionados con la nutrición (Dementia Care Central, 2015).

1.5. Escala de “Blandford”

El comportamiento alimentario y la manera en que el adulto mayor se relaciona con el alimento, deben ser evaluadas periódicamente para evitar complicaciones nutricionales como desnutrición o pérdida de peso. En la práctica diaria, se puede utilizar la Escala de Blandford (Aversive Feeding Behaviors inventory de Blandford), que permite evaluar la conducta a través de una serie de ítems muy sencillos que solo demanda la observación del encuestador y no requieren de la participación del paciente. Aunque no incluye una puntuación, esta escala permite identificar 5 estadios evolutivos: aversión a alimentarse solo, dispraxia general ó agnosia, comportamiento selectivo, disfagia orofaríngea y disfagia faringoesofágica. Si bien no es una escala predictiva, es útil para realizar el diagnóstico (Anexo 1) (Hernández, 2009).

El conocimiento íntimo del comportamiento alimentario y las limitaciones de cada paciente permiten hacer un abordaje nutricional adecuado de forma individualizada (Alvares, 2009). La escala de Blandford o la Eating Behavior Scale permiten valorar el comportamiento dietético para poder realizar una atención específica al trastorno. (Gregorio, 2013).

Capítulo 2

2.1. Metodología

2.1.1. Localización y temporalización

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Reposo “San Juan de Dios” en el área de geriatría, ubicado en el Valle de los Chillos en el sector de San Rafael en la Av. San Juan de Dios S2 – 209 y Argentina. Se aplicó para determinar la conducta alimentaria de los pacientes la escala de Blandford.

2.1.2. Población y muestra

El universo del estudio fueron 67 adultos mayores, residentes del “Centro de Reposo San Juan de Dios”. Se seleccionó una muestra propositiva, es decir, que no es aleatoria. Se conoce que población se va a evaluar (Sampieri, Collado, & Lucio, 2003). Integrada por todos aquellos que sus representantes legales accedieron a su participación, una vez que se les explicó en qué consistía el estudio y firmaron el consentimiento informado, sin que existiera coacción, ni manipulación alguna.

2.1.3. Criterios de inclusión

- Todos aquellos que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado
- Tener una edad mayor o igual a 65 años
- Estar internado en el área de geriatría del “Centro de Reposo San Juan de Dios”.

2.1.4. Criterios de exclusión

No cumplir los criterios de inclusión.

2.1.5. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal o estudio de prevalencia. Los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. En estos estudios, se miden, valoran o recogen datos sobre varios aspectos, de la situación a investigar. El investigador debe poder determinar claramente qué es lo que desea medir o de que quiere recolectar datos. Estos estudios también pueden brindar posibles predicciones o relaciones, a pesar de que no se las haya pensado realizar. (Sampieri, Collado, & Lucio, 2003)

2.1.6. Variables

- Edad
- Sexo
- Conducta Alimentaria
- Tipo de Demencia
- Tiempo de estancia Hospitalaria
- Afiliación
- IMC
- Dependencia Alimentaria

Tabla 2 - Operacionalización de variables

(Elaborada por: Camila Gómez de la Torre)

Variable	Tipo de variable	Escala	Rango/Categoría	Fuente
Sexo	Cualitativa	Nominal	Hombre=1 Mujer=2	Historia Clínica
Edad	Cuantitativa	Razón	65 -105 años	Historia Clínica
Conducta alimentaria	Cualitativa	Ordinal	1:Comportamiento resistente (reflejos defensivos) 2:Dispraxia general/Agnosia 3:Comportamiento selectivo 4:Disfagia oro faríngea 5:Disfagia faringoesofágica	Escala de Blandford (Aversive Feeding Behaviors inventory de Blandford)
Tipo de Demencia	Cualitativa	Ordinal	1: Alzheimer 2:Demencia Vascular 3:Parkinson 4:Demencia Post Traumática	Historia Clínica
Tiempo de estancia hospitalaria	Cuantitativa	Razón	1 mes a 10 años	Historia clínica
Afiliación	Cualitativa	Nominal	Si= 1 No=2	Historia clínica
IMC	Cuantitativa	Razón	kg/m ² : ≤ 23 bajo peso; normal 23 - 28; sobrepeso 28-32; obesidad >32	Historia clínica
Independencia Alimentaria	Cualitativa	Nominal	1 dependiente 2 independiente	Historia clínica

2.1.7. Instrumentos

Escala de Blandford.

Tallimetro.

Balanza seca.

Lápiz.

Papel.

Listas de pacientes.

Historia clínica de pacientes.

Consentimiento Informado.

Esferográficos negros o azules.

2.1.8. Personal que colaboró

Doctor Diego Granizo.

2.2. Procedimientos

Codificación de datos: Para garantizar la confidencialidad de la información que se obtuvo de cada participante, se trabajó con códigos y no con los nombres de los adultos mayores. Cada uno de los instrumentos de recolección de datos de cada participante posee un código personal.

IMC: Al paciente se le tomaron las medidas antropométricas dependiendo de su autonomía, se obtuvo su IMC (peso y talla) estimado mediante fórmulas o real.

Escala de Blandford: A la hora de la comida, los pacientes fueron evaluados mediante observación con la Escala de Blandford (Aversive Feeding Behaviors inventory de Blandford), que permite evaluar la conducta a través de una serie de ítems muy sencillos que solo requieren de la observación del encuestador y no requieren de la participación del paciente. Aunque no incluye una puntuación, esta escala permite identificar 5 estadios evolutivos: aversión a alimentarse solo, dispraxia general ó agnosia, comportamiento selectivo, disfagia orofaríngea y disfagia faringoesofágica. Se coloca al paciente en un estadio según la mayoría de características sintomáticas que presente de cada estadio.

2.3. Plan de Análisis

Se elaboró una base de datos en Excel que posteriormente fue analizada con el programa SPSS versión 21, licencia de la UIDE. Para describir la muestra se empleó distribución de frecuencias y se presentaron los datos en gráficos de pastel y barras para las variables cualitativas; para resumir las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar, porque estas seguían una distribución normal.

Para el análisis bivariado (valorar la asociación de las variables sociodemográficas como sexo, edad, tiempo de estancia, afiliación con la conducta alimentaria y análisis de asociación del diagnóstico de demencia con la conducta alimentaria) se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson y en su defecto la prueba de verosimilitud, cuando las frecuencias esperadas fueron inferiores a cinco, que invalida el uso del

chi cuadrado. Se determinó como máximo error tipo 1 o alfa 0,05 o 5%, por tanto se rechazará la hipótesis nula que plantea que no hay asociación entre las variables cuando el valor de p sea menor a 0,05.

El tiempo de estancia hospitalaria se consideró un factor de riesgo; para demostrar si existían diferencias entre los promedios de estancia y los resultados de conducta alimentaria según la escala de Blandford, se utilizó el análisis de Varianza (ANOVA de un factor). Así mismo se rechazará la hipótesis nula que plantea que no hay diferencia entre los promedios cuando la p sea menor a 0,05.

Capítulo 3

3.1. Resultados

En el estudio realizado de enero – abril de 2016, en el Centro de Reposo San Juan de Dios, se seleccionó una muestra propositiva de 67 individuos entre los adultos mayores internados en hospital, obteniéndose los siguientes resultados.

3.1.1. Descripción Sociodemográfica

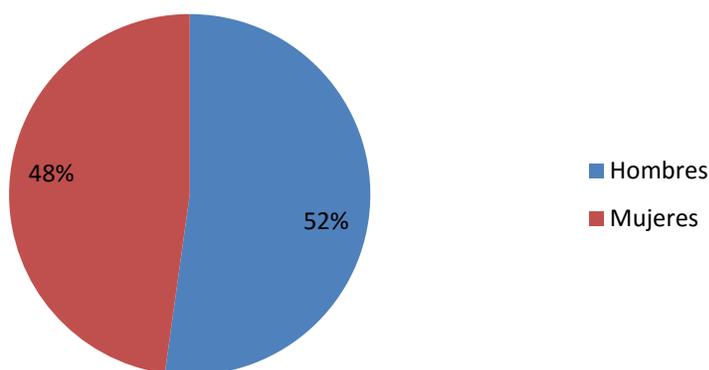


Gráfico 1 - Distribución de los adultos mayores por sexo. Hospital San Juan de Dios. (Enero - abril, 2016).

Fuente: Hospital San Juan de Dios (HSJD)
Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

En el gráfico 1 se observa que el 52% (35/67) fue hombre y el 48% (32/67) mujeres.

Tabla 3 - Descripción de la edad y el tiempo de estancia del centro de reposo de los adultos mayores. Hospital San Juan de Dios. Enero-abril, 2016.

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	67	66	102	82	8,47
Tiempo en años de estancia hospitalaria		0.8	6	1,2	1,4

Fuente: HSJD

Elaborada por: Camila Gómez de la Torre

En la tabla 3 las edades de los adultos mayores oscilaron entre los 66 y 102 años, el promedio fue de 82 años, con una desviación estándar de 8,47. El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de un año y seis meses; el tiempo mínimo encontrado fue ocho meses y el máximo seis años, con una desviación de un año y cuatro meses.

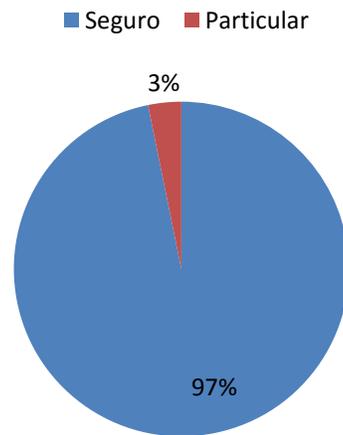


Gráfico 2 - Distribución de las muestras según afiliación.

Fuente: HSJD
Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

En el gráfico 2 se puede observar que el 97% (65/67) de los pacientes pertenecen a algún seguro o afiliación y el 3% (2/67) son pacientes particulares.

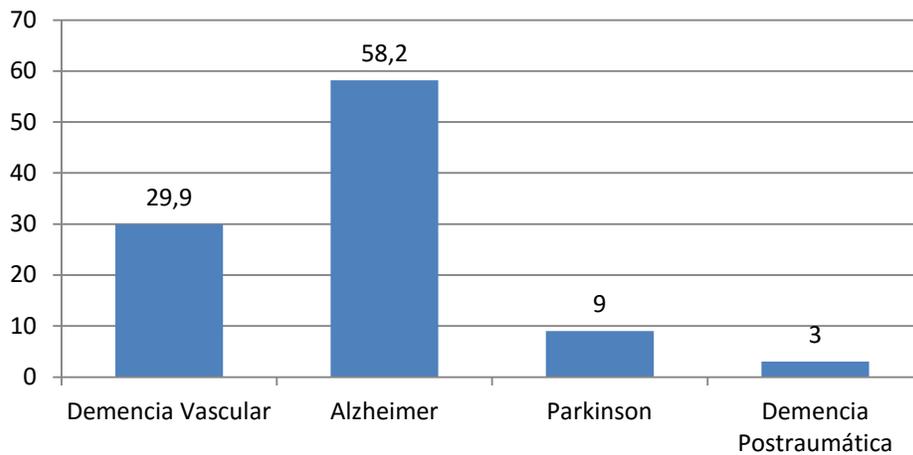


Gráfico 3 - Prevalencia de los diagnóstico de demencia. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios. (Enero-abril, 2016).

Fuente: HSJD
 Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

En el grafico 3 se observa que el Alzheimer estuvo presente en el 58% (39/67), siendo la afección más común en el centro de reposo San Juan de Dios, seguido de la demencia vascular con 30% (20/67), el Parkinson con 9% (6/67) y la Demencia Postraumática es la menos común en este hospital con un 3% (2/67).

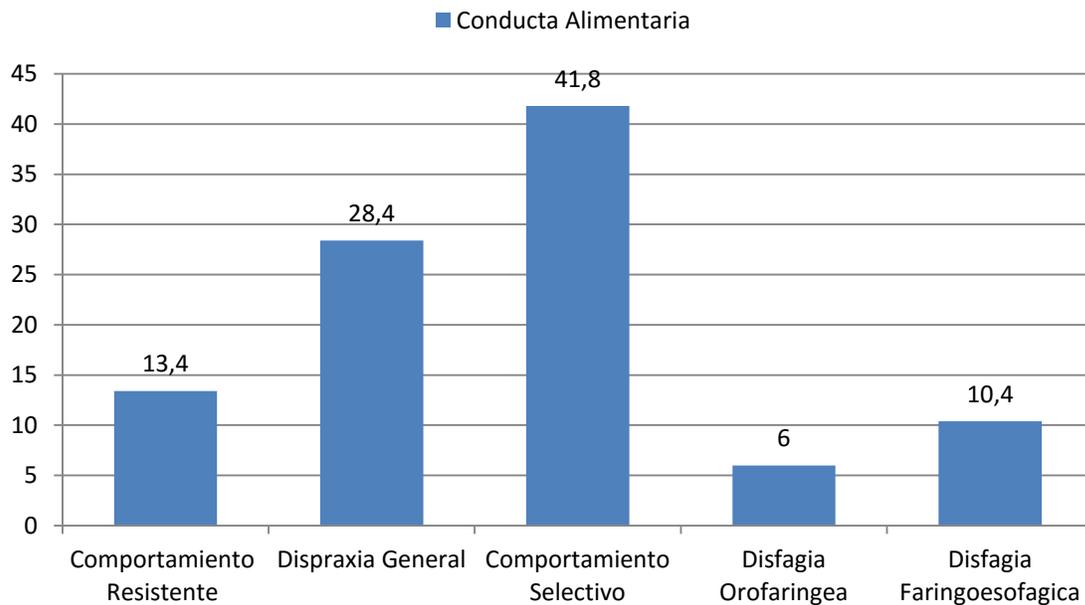


Gráfico 4 - Prevalencia de las conductas alimentarias. Adultos Mayores.

Hospital San Juan de Dios. (Enero - abril, 2016).

Gráfico 4 Fuente: HSJD
Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

En el grafico 4 se observa que el comportamiento selectivo estuvo presente con un 42% (28/67), seguido por la dispraxia general con un 28% (19/67) y siendo el de menor prevalencia la disfagia orofaringea 6% (4/67).

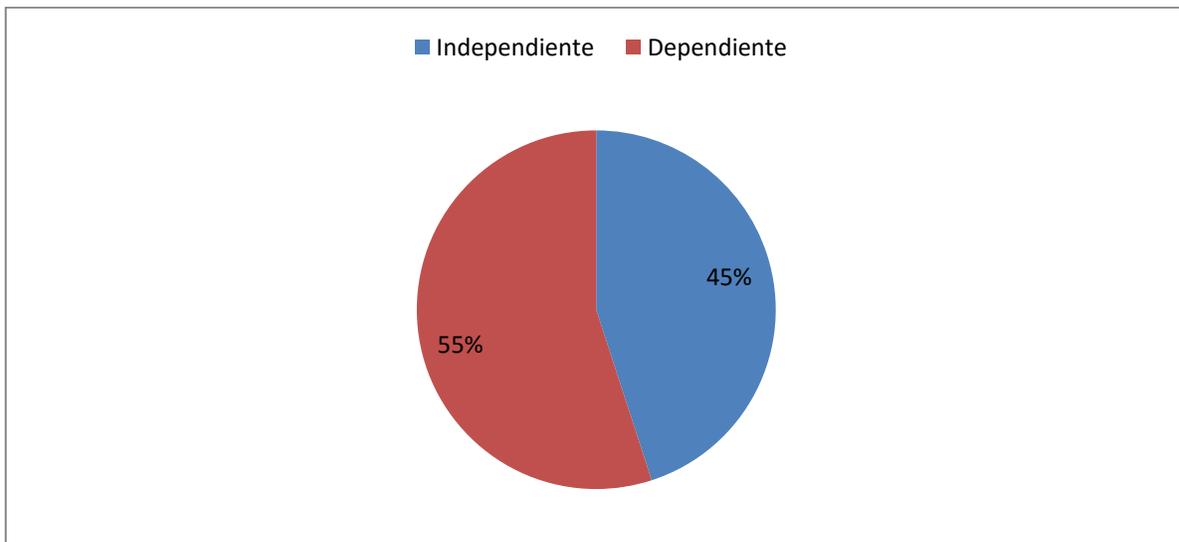


Gráfico 5 - Prevalencia de dependencia alimentaria. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios. (Enero - abril, 2016).

Gráfico 5 Fuente: HSJD
Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

En el gráfico 5 se puede observar que el 55% (37/67) de los pacientes tiene dependencia alimentaria y el 45% (30/67) son pacientes con independencia alimentaria.

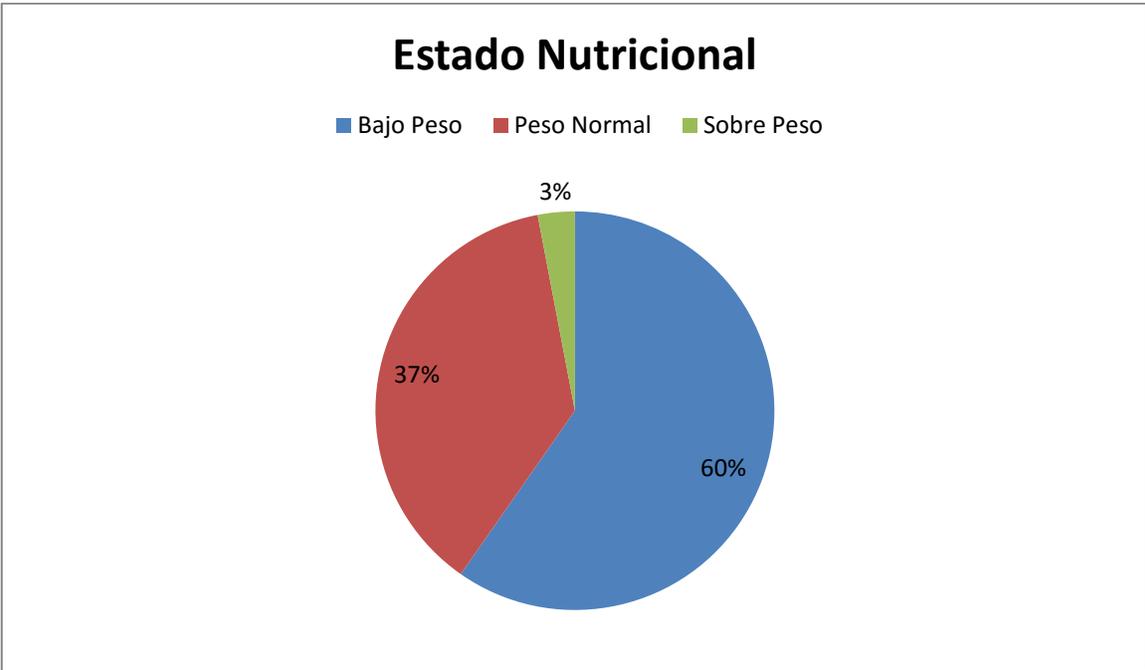


Gráfico 6 Fuente: HSJD
Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

Gráfico 6 - Prevalencia de estado nutricional. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios. (Enero - abril, 2016).

El gráfico 6 muestra que 60% de los pacientes tienen bajo peso, seguido de normal peso con un 37%.

Tabla 4 – Descripción de resultado de las variables antropométricas. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios (Enero - abril, 2016).

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Peso	67	38,5	75,6	54	7,96
Talla	67	1,38	1,72	1,52	0,86
IMC	67	17,2	30,6	22	2,83

Fuente: HSJD

Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

En la tabla 4 se observa que el peso fue de 38,5 a 75,6 kilogramos con un promedio de 54 kilogramos, con una desviación estándar de 7,96 kilogramos; la talla mínima encontrado fue 1,38 cm y el máximo 1,72 cm, con una media de 1,52 cm. El IMC mínimo encontrado fue 17,2 y el máximo 30,6 kg/m², con una desviación estándar de 2,83.

Tabla 5 - Prevalencia de resultado de la escala de Blandford y estado nutricional. Adultos Mayores. Hospital San Juan de Dios (Enero - abril, 2016).

Escala de Blandford	Total Personas	Bajo Peso	Peso Normal	Sobrepeso
Comportamiento Resistente (13%)	9	5 (56%)	4 (44%)	0 (0%)
Dispraxia General (28%)	19	11 (58%)	8 (42%)	0 (0%)
Comportamiento Selectivo (42%)	27	17 (63%)	10 (37%)	1 (4%)
Disfagia Oro faríngea (6%)	4	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)
Disfagia Faringo esofágica (10%)	7	5 (71%)	2 (29%)	0 (0%)

Fuente: HSJD
Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

En la tabla 5 se observa que los pacientes con comportamiento selectivo según resultados de la escala de Blandford, tienen mayor prevalencia de tener bajo peso (17/27).

3.1.2. Análisis de posibles factores de riesgo

Tabla 6 - Asociación entre sexo y resultado de la escala de Blandford

Variable	Escala de Blandford					Disfagia Faringo esofágica
	Categoría	Comportamiento Resistente	Dispraxia General	Comportamiento Selectivo	Disfagia Oro faringea	
Sexo	Hombre	6 (17,1%)	8 (22,9%)	16 (45,7%)	2 (5,7%)	3 (8,6%)
	Mujer	3 (9,4 %)	11 (34,45)	12 (37,5%)	2 (6,3%)	4 (12,5%)

Fuente: HSJD

Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

La tabla 6 muestra que no existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el resultado de la conducta alimentaria, según escala de Blandford en los adultos mayores investigados; con un valor de $p > 0,05$ (0,725)

Tabla 7 - Asociación entre el tipo de demencia y el resultado de la escala de Blandford

Variable	Escala de Blandford					
	Categoría	Comportamiento Resistente	Dispraxia General	Comportamiento Selectivo	Disfagia Oro faríngea	Disfagia Faringo esofágica
Tipo de Demencia	Demencia Vascular	1 (5,0%)	5 (25%)	9 (45%)	3 (15%)	2 (10%)
	Alzheimer	8 (20,5%)	11 (28,2%)	17 (43,6%)	1 (2,6%)	2 (5,1%)
	Demencia Post traumática	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)
	Parkinson	0 (0%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	0 (0%)	2 (33,3%)

Fuente: HSJD
Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

En la tabla 7 se muestra que no existe asociación estadísticamente significativa entre el tipo de demencia y el resultado de la conducta alimentaria según la escala de Blandford en los adultos mayores investigados; con un valor de $p > 0,05$ (0,187)

Tabla 8 - Asociación entre Alzheimer y el resultado de la escala de Blandford

Variable	Escala de Blandford						
	Categoría	Comportamiento Resistente	Dispraxia General	Comportamiento Selectivo	Disfagia Oro faríngea	Disfagia Faringo esofágica	Total
Alzheimer	No	1 (3,6%)	8 (28,6%)	11 (38,3%)	3 (10,7%)	5 (17,9%)	28 (100%)
	Si	8 (20,5%)	11 (28,2%)	17 (43,6%)	1 (2,6%)	2 (5,1%)	39 (100%)

Fuente: HSJD

Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

La tabla 8 muestra que no existe asociación estadísticamente significativa entre el Alzheimer y el resultado de la conducta alimentaria, según escala de Blandford en los adultos mayores investigados; con un valor de $p > 0,05$ (0,095).

Tabla 9 - Asociación entre mayores y menores de 82 años y el resultado de la escala de Blandford

Variable	Escala de Blandford						
	Categoría	Comportamiento Resistente	Dispraxia General	Comportamiento Selectivo	Disfagia Oro faríngea	Disfagia Faringo esofágica	Total
Grupo edad	Menores a 82 años	3 (9,4%)	9 (28,1%)	15 (46,9%)	2 (6,3)	3 (9,4%)	32 (100%)
	82 y más años	6 (17,1%)	10 (28,6%)	13 (37,1%)	2 (5,7%)	4 (11,4%)	35 (100%)

Fuente: HSJD

Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

La tabla 9 muestra que no existe asociación estadísticamente significativa entre ser menor o tener 82 años y más con el resultado de la conducta alimentaria, según escala de Blandford en los adultos mayores investigados; con un valor de $p > 0,05$ (0,877).

Tabla 10 - Comparación de medias del promedio del tiempo de estancia según estadios de la Escala de Blandford.

Variable	Tiempo de estancia hospitalaria (años)			
	Resultado de la Escala de Blandford	Media	N	Desviación estándar
Comportamiento Resistente	1,1481	9	,53809	0,02499382
Dispraxia General	1,4167	19	1,57307	
Comportamiento Selectivo	1,0952	28	1,33905	
Disfagia Oro faríngea	3,2917	4	1,81366	
Disfagia Faringo esofágica	,6548	7	,18276	
Total	1,2786	67	1,38022	

Fuente: HSJD
Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

La tabla 10 muestra que existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de estancia hospitalaria y el resultado de la conducta alimentaria, según la escala de Blandford en los adultos mayores; con un valor de $p < 0,05$ (0,024).

Tabla 11 – Asociación entre el grado de dependencia alimentaria y estadios de la Escala de Blandford.

Variable	Escala de Blandford					
	Categoría	Comportamiento Resistente	Dispraxia General	Comportamiento Selectivo	Disfagia Oro faríngea	Disfagia Faringo esofágica
Grado de dependencia Alimentaria	Dependiente	4 (10,8%)	8 (21,6%)	17 (45,9%)	7 (18,9%)	1 (2,7%)
	Independiente	5 (13,4%)	11 (36,7%)	11 (36,7%)	0 (0,0%)	3 (10,0%)

Fuente: HSJD

Elaborado por: Camila Gómez de la Torre

La tabla 11 muestra que existe una relación estadísticamente significativa entre la dependencia alimentaria y el resultado de la conducta alimentaria, según la escala de Blandford en los adultos mayores; con un valor de $p < 0,05$ (0,048).

Capítulo 4

4.1. Discusión

La población de adultos mayores en el Ecuador y en el mundo está creciendo considerablemente, más aun la prevalencia de demencias y deterioro cognitivo por esto el grupo de la tercera edad está formando parte de los retos prioritarios de las políticas mundiales (CNII, 2014). Sin embargo, es la población menos estudiada y con alto riesgo nutricional, por motivo de ausencia de una buena valoración nutricional y evaluación de las necesidades alimenticias que demandan las demencias en estos pacientes.

En la presente investigación sobre trastornos alimentarios en pacientes adultos mayores con demencia, se observa que el 52 por ciento de 67 individuos investigados son hombres. Lo cual no presenta dominio en el deterioro cognitivo de los adultos mayores, así mismo se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el resultado de la conducta alimentaria con un valor de $p > 0,05$ (0,725); al igual que en los resultados del estudio realizado en Argentina sobre comportamiento alimentario en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo (Correa Mónica P, 2007) donde no hay una relación significativa entre el sexo y la demencia. Sin embargo, Gerardo Alanís-Niño (2007), en un estudio sobre prevalencias de demencias en pacientes geriátricos concluyen que las mujeres son las más propensas a desarrollar algún tipo de demencia, donde muestran una significancia con un valor de $p: 0,025$.

En este estudio la edad promedio de los adultos mayores fue de 82 años y el tiempo de estancia promedio de un año y 6 meses; se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de estancia hospitalaria y el resultado de la conducta alimentaria según Blandford, con un valor de $p: 0,024$. Se puede decir entonces que mientras pasa el tiempo de hospitalización incrementa el deterioro cognitivo y disminuyen las capacidades del adulto mayor para alimentarse, tanto motoras como psíquicas. Baquero (2004), señala que entre los 65 y 86 años generalmente se producen disfunciones cognitivas y que el tiempo de estancia hospitalaria oscila entre los 6 meses, recalca que es relativo. Tello et al (2011), corroboran en que los adultos mayores con más tiempo de estancia hospitalaria tienen aumento del decaimiento general, depresión y por ende mayor índice de mortalidad. Así mismo García (2004), expone que los adultos mayores institucionalizados por tiempo prolongado tienen más prevalencia de malnutrición y poca esperanza de vida que los no institucionalizados, demostrando significancia con un valor de $p: 0,031$.

Por otro lado, se puede observar en el presente estudio que el 97% de los pacientes pertenece algún tipo de seguro o afiliación que cubre la estancia hospitalaria, lo cual no se ve influenciado en el deterioro cognitivo, este resultado difiere con Cervera (2009), donde las derivaciones muestran que los pacientes ancianos sin seguro privado o público presentan mayores deficiencias que los pacientes con seguro o afiliación.

Dentro de los resultados de la presente investigación se observa que la demencia más prevalente es el Alzheimer (58%), en segundo lugar la demencia vascular (30%), seguido del Parkinson (9%) y la demencia postraumática (3%). Donde se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa entre el tipo de demencia y el resultado de la conducta alimentaria con un valor de $p: 0,187 (>0,05)$. Se adjuntó sola la demencia tipo Alzheimer por tener el mayor porcentaje de casos para asociar con la conducta alimentaria, sin embargo, no se encontró relación significativa arrojando un valor de $p: 0,095$. Con todo esto se puede decir que no depende del tipo de demencia el estadio del comportamiento alimentario. Datos similares se observan en el estudio de Ávila-Funes (2007), donde la principal demencia diagnosticada en pacientes geriátricos, es el Alzheimer. Así mismo Sáenz de Pipaón (2009), declara que la enfermedad neurodegenerativa más prevalente es el Alzheimer con un 70%, no muestra alguna significancia relativa asociada al comportamiento alimentario ($p: 0,751$).

En relación al método utilizado (Escala de Blandford) para la evaluación de la conducta alimentaria, se puede observar que la conducta más prevalente en los pacientes adultos mayores del centro de reposo es el estadio 3 o comportamiento selectivo; esto significa que los pacientes presentan un comportamiento retrospectivo a la hora de alimentarse, ya que exigen alimentos que evoquen a recordar la infancia o etapas anteriores a la actual. Su alimentación no es variada debido a que rechazan grupos de alimentos como verduras y proteínas y prefieren sus comidas líquidas o de consistencia blanda. Usualmente presentan resistencia a alimentos o

los botan tras probarlos presentando una conducta agresiva. Debido a estas conductas estos pacientes requieren asistencia para alimentarse y con una buena prescripción de dieta se puede superar o prevenir la mal nutrición. Correa (2007), observó que el 58,5% de los residentes con demencia cursaba el Estadio 2 de la escala de Blandford, es decir dispraxia general y/o agnosia secundaria a la confusión y a la falta de atención por la pérdida cognitivo global. En este estadio el paciente se alimenta gracias a estímulos verbales, no puede emplear los cubiertos correctamente, juega con la comida y no la come, puede ingerir objetos no comestibles. Generalmente ignora o no puede reconocer los alimentos. Debido a esta sintomatología comienza a desencadenarse la cascada de desnutrición (Morris, 2009).

Dentro de la investigación realizada se encontró que el 55% de los pacientes presenta una dependencia alimentaria y el 45% presenta independencia a la hora de comer. Los resultados muestran una relación estadísticamente significativa entre la dependencia alimentaria y el resultado de la conducta alimentaria según Blandford, con un valor de $p: 0,048 (< 0,05)$; es decir, que los pacientes que necesitan asistencia para alimentarse aumentan el estadio según Blandford y los trastornos de la conducta alimentaria. Quiroga et al (2004), corroboran en que los pacientes que requieren mayores cuidados, tanto personales como de interacción con los demás, presentan mayores disfunciones globales.

En el presente estudio el 60% de pacientes presento bajo peso, seguido de normo peso con un 37%. Lo que indica que existe déficit en la alimentación y prescripción dietética en los pacientes, seguido de que presentan complicaciones, uso de medicamentos, metabolismo retrasado entre otras causas. Gil (2010), señala que las causas de la malnutrición son numerosas e incluyen trastornos cognitivos, alteraciones motoras que dificultan la manipulación de los alimentos, anorexia, disfagia, alteraciones digestivas y alteraciones en el gasto energético. Siendo la más importante la disminución de la ingesta, causando bajo peso en los adultos mayores. Así mismo un estudio en Argentina sobre demencia y nutrición muestra en sus resultados que los pacientes ancianos con demencia, tienen mayor riesgo de padecer desnutrición y bajo peso que aquellos ancianos sin demencias (Correa Mónica P, 2007). Diferiendo con los resultados de prevalencia, Franco (2008), muestra que el 45% muestra normo peso y el 39% bajo peso. Concluyendo que no existe mayor consecuencia de las múltiples causas de la malnutrición en los individuos investigados.

Es de vital importancia conocer la sintomatología de la demencia, ya que muchos pacientes muestran resistencia a la hora de alimentarse, varias veces los adultos mayores no sacian su apetito o quedan insatisfechos y para las cuidadoras o familiares esto queda desapercibido dando oportunidad a desencadenar deficiencias nutricionales. Así mismo, es muy importante evaluar constantemente la conducta alimentaria de los pacientes de tercera edad, ya que son un grupo de riesgo nutricional y es necesario conocer que limitaciones presentan para alimentarse.

Usando la escala de Blandford se puede obtener de forma fácil y oportuna una apreciación de las dificultades de los adultos mayores para alimentarse, con este resultado se puede adecuar la dieta de forma individualizada, cambiando la consistencia de los alimentos o con asignación de cuidadora permanente según sea el caso, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

La conducta alimentaria más prevalente en adultos mayores residentes del “Centro de Reposo San Juan de Dios” es comportamiento selectivo o estadio 3 de acuerdo en la escala de Blandford con un 42%.

Se observó que la demencia más prevalente en los adultos mayores residentes del “Centro de Reposo San Juan de Dios” es el Alzheimer con un 58%.

El 60% de pacientes presento bajo peso, así mismo la mayor prevalencia tiene dependencia alimentaria (55%). Por lo que está relacionado con el aumento de los estadios evolutivos de la escala de Blandford.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la conducta alimentaria y los factores sociodemográficos como sexo, edad, afiliación y tipo de demencia que presentan los adultos mayores del “Centro de Reposo San Juan de Dios”

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de estancia hospitalaria y el resultado de la conducta alimentaria según la escala de Blandford.

La escala de Blandford es un instrumento diagnóstico de cómoda aplicación que permite evaluar el nivel de limitación alimentaria en adultos mayores con deterioro

cognitivo, y resulta de utilidad para adecuar el régimen alimentario y prevenir la mal nutrición.

5.2. Recomendaciones

Implementar la escala de Blandford como herramienta diagnóstica de conducta alimentaria como parte de las pruebas de rutina en el “Centro de Reposo San Juan de Dios”

Realizar estudios similares en otros centros geriátricos para comparar resultados.

Orientar a cuidadores y familiares acerca de cómo se debe alimentar al paciente con demencia según su evolución y proporcionar la dieta según características del estadio brindado por la escala de Blandford.

Realizar estudios con adultos mayores con el fin de brindarles mayor esperanza y calidad de vida.

Socializar los resultados del estado nutricional con los familiares y cuidadores para poder prevenir patologías asociadas a la alimentación.

Bibliografía

- Álvarez Hernández, J; (2009). Ética y tratamiento nutricional en el paciente con demencia. *Nutrición Hospitalaria*, 2() 114-121. Recuperado en 22 de marzo de 2016 disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=309226754011>
- Antúñez, F. (16 de marzo de 2016). El blog de la salud. Recuperado el 21 de 03 de 2016, de El blog de la salud: <https://www.elblogdelasalud.info/la-demencia-vascular-sintomas-diagnostico-y-tratamiento/3707>
- Castro, J. Jurado, N. 2011 Situación de los ancianos en Ecuador <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online> revisado:24/02/16
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (Marzo de 2002). CEPAL. Recuperado el 15 de 03 de 2016, de CEPAL: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN003.pdf>
- Dementia Care Central. (12 de octubre de 2015). Demencia vascular. Recuperado el 21 de 03 de 2016, de Dementia Care Central: <http://www.dementiacarecentral.com/node/1077>
- García Peris, P. (2014). Prevalencia y Factores Asociados a Malnutrición en Ancianos Hospitalizados. *Anales de Medicina Interna*, 21(6), 5-6. Recuperado en 17 de mayo de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000600001&lng=es&tlng=es.
- Grand News Marketing, Inc. (GNM) (2013). Recuperado el 18 de 03 de 2016, de Grand News Marketing, Inc.: <http://tratamientoalzheimer.com/noticias/319-como-tratar-la-demencia-senil-causas-y-tratamientos>
- Hernández M, Guerra J C, Miniet E, ene-mar 2009. Síntomas Psicológicos y Conductuales en Pacientes con Demencia. *Rev. Hanan. Cienc. Méd. La Habana*, VIII (1), disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_8num_1/rhcm18108.htm
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC. (2011). Descargado en: <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html>

- Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento. (02 de JUNIO de 2015). Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento. Recuperado el 21 de 03 de 2016, de Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento: <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/enfermedad-alzheimer>
- Janssen-Cilag S.A. (17 de marzo de 2016). Janssen. Recuperado el 21 de 03 de 2016, de Janssen: <http://www.janssen.es/salud/neurociencia/demencia/demencia-vascular>
- Lanyau Domínguez, Yeneisy, & Macías Matos, Consuelo. (2010). Deficiencia de vitaminas y enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4) Recuperado en 22 de agosto de 2016, de <http://scielo.sld.cu/scielo>
- Meco, D. J. (Agosto de 2015). MAPFRE SALUD. Recuperado el 22 de 03 de 2016, de MAPFRE SALUD: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/parkinson-nutricion.shtml>
- Medlineplus. (02 de 03 de 2015). MEDLINEPLUS. De MEDLINEPLUS: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000746.htm>
- MedlinePlus. (2015). Medlineplus. Recuperado el 18 de 03 de 2016, de Medlineplus: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000739.htm>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (27 de octubre de 2015). National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Recuperado el 22 de 03 de 2016, de National Institute of Neurological Disorders and Stroke: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm
- Organización Mundial de la Salud; Ginebra, 2013. Informe Salud en el Mundo 2008 de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2013/es/> revisado: 24/02/16
- Papponetti., D. M. (09 de junio de 2011). IntraMed. Recuperado el 21 de 03 de 2016, de IntraMed: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59995&uid=7930>

- Queralt, D. M. (2014). MAPFRE SALUD. Recuperado el 18 de 03 de 2016, de MAPFRE SALUD: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/tipos-deterioro-cognitivo.shtml>
- Restrepo M, Sandra Lucia, Morales G, Rosa María, Ramírez G, Martha Cecilia, López L, Maria Victoria, & Varela L, Luz Estela. (2006). NUTRITIONAL HABITS IN SENIOR ADULTS AND ITS RELATIONSHIP WITH PROTECTIVE OR DETERIORATING EFFECTS IN HEALTH. Revista chilena de nutrición, 33(3), 500-510. Recuperado en 24 de marzo de 2016, de <http://www.scielo.cl/scielo>
- Robalino, D. J. (9 de julio de 2012). Instituto de Neurociencias. Recuperado el 15 de 03 de 2016, de Junta de beneficencia: <https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>
- Sáenz de Pipaón, I., & Larumbe, R. (2009). Programa de enfermedades neurodegenerativas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 49-76. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5936/4779>
- SENPE, SEGG (2012). Valoración Nutricional en el Anciano. Recomendaciones Prácticas de los Expertos en Geriátría y Nutrición. SENPE, SEGG. http://www.senpe.com/IMS/publicaciones/consenso/senpe_valoracion_nutricional_anciano.pdf. Recuperado el 22 de 08 de 2016.
- Senplades. (24 de Junio de 2013). Buen Vivir. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>
- Tello Rodriguez, Tania et al . Estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana, 1997-2008. Rev Med Hered, Lima, v. 22, n. 1, enero 2011. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo>
- Tónico, D. (21 de 06 de 2012). Ciencia Explicada. Recuperado el 22 de 03 de 2016, de Demencia Post traumática: <http://cienciaexplicada.com/demencia-postraumatica.html>

- Trejo Contreras, Aracelí. (2004). Nutrición en la enfermedad de Alzheimer. *Archivos de neurociencias (México, D.F.)*, 9(3), 151-158. Recuperado en 21 de marzo de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-47052004000900006&lng=es&tlng=es.
- Trelis, J. J. (19 de mayo de 2014). Nutricion Hospitalaria. Recuperado el 21 de 03 de 2016, de Nutricion Hospitalaria: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000300006
- Troncoso P, Claudia, & Amaya P, Juan Pablo. (2009). FACTORES SOCIALES EN LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Revista chilena de nutrición*, 36(4), 1090-1097. Recuperado en 23 de marzo de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400005&lng=es&tlng=pt.10.4067/S0717-75182009000400005.
- UNOBRAIN. (julio de 2013). UNOBRAIN. Recuperado el 17 de 03 de 2016, de Qué es el deterioro cognitivo: <http://www.unobrain.com/que-es-deterioro-cognitivo-como-prevenirlo-forma-natural>
- Varela, L. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Recuperado el 15 de 3 de 2016, de Scielo: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a02v17n2>
- Alliance, F. C. (2013). Cuidando a los adultos con deterioro cognitivo y de la memoria. *brainline.org*, 1-4.
- Anderson C, Checkoway H, Franklin GM, Beresford S, Smith-Weller T, Swanson PD. 2011. Dietary factors in Parkinson's disease: the role of food groups and specific foods. *Mov Disord*:21-27.
- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) (2007). Ciencia y Práctica del apoyo Nutricional. México. Volumen 4, capítulo 18.p.374-381

- Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. 2006. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Publica.:321–30.
- Baquero M, Blasco R, Campos-García A, Garcés M, E.M. Fages, M. Andreu-Català. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. REV NEUROL, 6, 323-326
- Blandford, G. 2009. Escala Aversive Feeding Behaviors Inventory. Actualización en nutrición. Vol. 9, no. 1 (2008), p. 25-25.
- Cardona AD, Estrada A, Agudelo GH. 2012. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; pp 31-55.
- Casanova Sotolongo, D. P. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. Revista Cubana Medicina General Integrada, 5-6.
- ECUADOR: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES. 2008. Apuntes sobre la evolución demográfica. Quito; SENPLADES
- Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO). (2009). APOE y sus receptores en la enfermedad de Alzheimer. FIBAO, 1-5.
- FISTERRA. (2006). Recomendaciones nutricionales para pacientes con Enf. de Parkinson. FISTERRA, 1.
- Grerorio, P. G. (2013). Nutrición y Enfermedad Neurológicas. MANUAL PRÁCTICO DE NUTRICIÓN Y SALUD, 6.
- Harris Nancy G. “Nutrición en la vejez”. En: Mahan LK, Escote-Stump S. 2010. NUTRICIÓN Y DIETOTERAPIA DE KRAUSE. Decima edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. p.315-318
- Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN. 2013. “The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years”. J Neurol Neurosurg Psychiatry. p74.

- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collao, y María del Pilar Baptista Lucio. 2010. Metodología de la Investigación. México D.F.: Mc Graw Hill.
- IntraMed. (2008). Comportamiento alimentario en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo. IntraMed, 1-5
- Jiménez, D. M. (2012). Demencia vascular: Segunda causa de deterioro cognitivo. Mayor y Salud. Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 1-3.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H. A. 2012. Comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010; 380: 2224– 60
- Martínez, L. (2014). Demencia Senil, una forma de dejar este mundo. SALUD180, 1.
- Muñoz, A. M. (2010). Diagnóstico del estado nutricional de los pacientes con demencia tipo Alzheimer registrados en el Grupo de Neurociencias, Medellín, 2004. SCIELO, 1-2
- Oróstegui, N. (2015). Demencia Senil: el drama de la edad avanzada. Salud Actual, 1.
- Parkinson's Disease Foundation . (2007). La Nutrición y la Enfermedad de Parkinson. ¿Qué es lo que más importa? Parkinson's Disease Foundation, 1-3.
- Perancho I. 2008. Demencia: Un término a olvidar del léxico médico. El Mundo; Suplemento Salud 757.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2003). Metodología de la Investigación. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Selhub J, Bagley LC, Miller J, Rosenberg IH. B vitamins, homocysteine, and neurocognitive function in the elderly. Am J Clin Nutr. 2002; 71(2):614S–620S.
- Valls-Pedret C, Molinuevo JL, Rami L (2015). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. Rev Neurol; 51: 471-80.

- WordReference. (2016). Diccionario de la lengua Española. Diccionario de la lengua Española.
- World Health Organization (WHO). Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva: World Health Organization; 2009

Anexos, apéndices o materiales complementarios



Escala de Blandford (Aversive Feeding behaviors inventory)

Comportamiento resistente (reflejos defensivos)	
1. Gira la cabeza ante una cuchara	
2. Coloca las manos delante de la boca para impedir la ingesta	
3. Empuja la comida o a la persona que trata de alimentarle	
4. Araña, golpea ó muerde a la persona que le alimenta	
5. Tira la comida	
Dispraxia general/Agnosia (Déficit cognitivo global, confusión, inatención)	
6. Se alimenta solamente gracias a estímulos verbales	
7. Emplea los dedos en lugar de cubiertos	
8. a Incapaz de emplear cubiertos	
9. Mezcla y juega con la comida pero no la come	
10. Habla o vocaliza continuamente en lugar de comer	
11. Ingiere alimentos no comestibles (pañales, servilletas, etc.)	
12. Vagabundeo continuo a la hora de comer	
13. a Ignora o no puede reconocer la comida	
Comportamiento selectivo (requiere cambios cualitativos en la dieta)	
14. Si no se le facilitan comidas determinadas ó aditivos, no come.	
15. Tras facilitarle la comida que pide, la prueba, pero luego la rechaza	
16. No come con suficiente variedad	
17. Come pequeñas cantidades y después no quiere continuar.	
18. Prefiere comidas líquidas (más 50% de la ingesta)	

19. Acepta únicamente líquidos	
Disfagia oro faríngea (incoordinación neuromuscular oral ante la ingesta)	
20. No abre la boca a menos que se lo fuerce físicamente	
21. Estrecha la abertura de los labios impidiendo la entrada de la comida	
22. Cierra la boca y los dientes impidiendo la entrada de la comida	
23. Presenta continuos movimientos de boca ó lengua	
24. Acepta la comida y luego la expulsa	
25. Acepta la comida pero no la traga	
26. Acepta la comida pero se le cae porque mantiene abierta la boca	
Disfagia faringoesofágica (entrada de comida en la vía aérea)	
27. Tose ó se atraganta con la comida.	
28. Voz afónica ó seca	

La valoración de la escala permite identificar 5 estadios evolutivos:

Estadio 1: Aversión a alimentarse solo, el paciente presenta un comportamiento resistente a comer, con reflejos defensivos y rechazando sistemáticamente la comida.

Estadio 2: Dispraxia general y/o agnosia secundaria a la confusión y a la falta de atención por el déficit cognitivo global.

Estadio 3: Comportamiento selectivo, aún se puede mediante cambios cualitativos en la dieta conseguir que el paciente coma.

Estadio 4: Disfagia oro faríngea, existe incoordinación muscular oral ante las fases bucal y faríngea de la deglución. Obliga a una dependencia prácticamente total del paciente hacia el cuidador con relación al acto de comer.

Estadio 5: Disfagia faringoesofágica, existe atragantamiento y riesgo de aspiración, es la manifestación final de los trastornos de la alimentación. En este punto las técnicas de intervención ya no son válidas y se plantean alternativas a la alimentación oral como la nutrición artificial.

PISO	
PACIENTE	
EDAD	
DIAGNOSTICO	
RESULTADO	
TALLA	
PESO	

Investigadores:

Camila Gómez de la Torre.

Diego Granizo.

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE
ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS	 CENTRO DE REPOSO San Juan de Dios <small>Quito</small>	0001	PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA	HISTORIA CLÍNICA
			51	1	17	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO				
PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				
PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA				
PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	
<p>A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD</p> <p>C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA</p> <p>E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS</p> <p>F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO</p> <p>G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)</p> <p>H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.</p> <p>I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMSIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO</p>	FIRMAS DEL PACIENTE

5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL				
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA