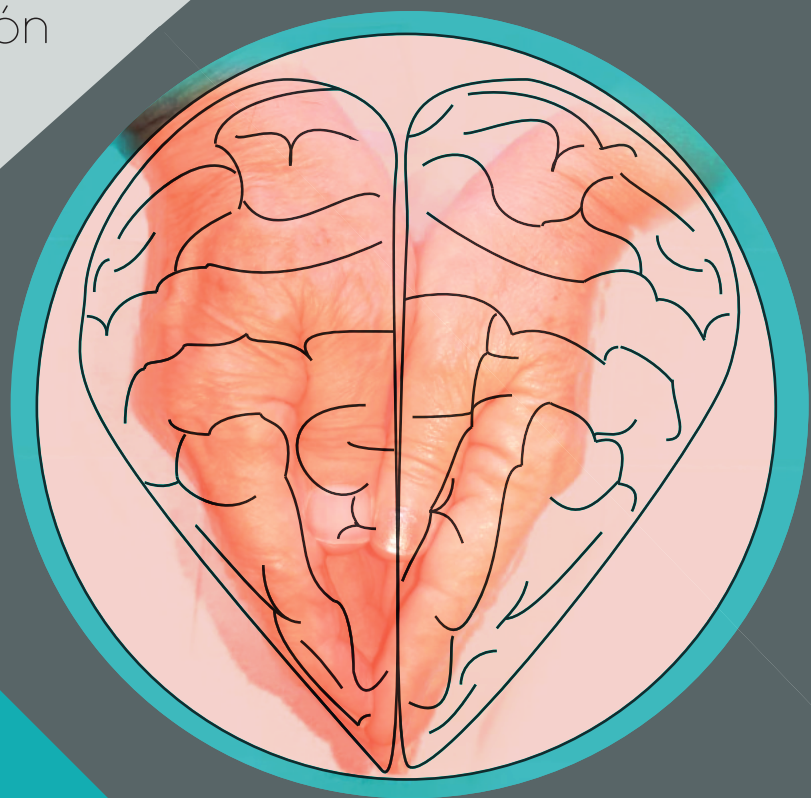


Universidad FASTA  
Facultad de Ciencias Médicas  
Licenciatura en Nutrición



Estado nutricional, consumo  
alimentario y análisis del menú  
brindado en pacientes con  
Alzheimer

**Mariana Piñero**  
2016

Tutora: Lic. Alina Rodríguez Monteverde  
Asesoramiento metodológico:  
Dra. Mg Vivivan Minnaard



*“No debemos permitir que nadie  
se aleje de nuestra presencia  
sin sentirse mejor y feliz”*

María Teresa de Calcuta

*Dedicatoria*

A mi familia  
A mis amigas de la vida  
A mi novio y su familia

## *Agradecimientos*

Quiero agradecer a todas las personas que formaron parte de mi realización tanto en el ámbito profesional como en el personal.

Agradezco a toda mi familia, mi novio y mis amigas que estuvieron presentes incondicionalmente durante ésta etapa en cada momento, apoyándome, aconsejándome y extendiéndome sus brazos cada vez que los necesité.

Agradezco a la Licenciada Alina Rodríguez Monteverde, mi tutora por su gran predisposición y colaboración durante la realización de esta tesis.

Agradezco al doctor Pablo Bagnatti, médico psiquiatra, mi cotutor, por brindarme su amplio y reconocido conocimiento sobre la enfermedad de Alzheimer, además de su valioso tiempo y excelente predisposición.

Agradezco a la Universidad F.A.S.T.A y a Vivian Minnaard por su asesoramiento y buena predisposición a lo largo de la realización de la misma.

Por ultimo quiero agradecer a los geriátricos que me abrieron las puertas con gran amabilidad, a cada persona que trabaja en los mismos que me ayudaron a realizar mi trabajo con excelente predisposición y principalmente a cada uno de los pacientes, sin ellos nada de esto sería posible.

El aumento de la prevalencia del Alzheimer debe estimular el trabajo del profesional en nutrición, quien tiene la responsabilidad de brindar un óptimo soporte nutricional durante todas las etapas de la enfermedad y favorecer de esta manera a mantener un estado nutricional adecuado.

**Objetivo:** Analizar la relación entre el estado nutricional, el consumo alimentario y el análisis del menú brindado en pacientes con Alzheimer en residencias para adultos mayores con atención psiquiátrica de la ciudad de Mar del Plata.

**Materiales y métodos:** El estudio es de enfoque observacional, descriptivo, correlacional, y de corte longitudinal. La unidad de análisis está compuesta por cada uno de los pacientes que se encuentran en dos geriátricos psiquiátricos de la ciudad de Mar del Plata. La muestra de 30 adultos mayores con diagnóstico de Alzheimer en los distintos grados evolutivos de la enfermedad es seleccionada en forma no probabilística por conveniencia. Para el análisis del estado nutricional de los pacientes se realizaron mediciones de peso, talla y su relación con el indicador IMC en los pacientes que deambulan. Y en aquellos que se encuentran postrados se indagó en la entrevista con la nutricionista acerca del peso observado de los mismos en el último tiempo, además de información pertinente para la investigación. También se realizó una observación de los pacientes a la hora de alimentarse para determinar la actitud de los mismos frente a los alimentos, con una toma de fotografías del menú principal y del postre antes y después de ser consumido.

**Resultados:** Del 46,6% de pacientes que pudieron ser medidos, la mayor parte (42,8%) se encontraban dentro de la normalidad, un 21,4% con bajo peso, un 14,2% con riesgo de bajo peso y un 21,4% que presentan sobrepeso. De los que no pudieron ser medidos la mayoría (75%) no presentaron modificaciones en el peso en el último tiempo, un 18,7% y un 6,25% aumento levemente de peso. El mayor porcentaje requieren asistencia que se correlaciona con la gravedad acrecentada de su enfermedad. La totalidad de los pacientes toleran los líquidos y el mayor porcentaje consume los alimentos de forma semisólida, el resto consume sólidos, y dentro de éstos la mayoría requiere que le corten los alimentos previamente. En cuanto al consumo hay una preferencia total por los hidratos de carbono simples.

**Conclusiones:** Se observó relación entre el deterioro del estado nutricional y la evolución de la enfermedad de los pacientes. Se pudo observar que a medida que avanza la enfermedad se dificulta el proceso de alimentación, por lo que se busca evitar la monotonía de alimentos para incentivar el consumo en cada momento.

**Palabras clave:** Alzheimer, valoración nutricional, consumo alimentario.

The increase in the prevalence of Alzheimer's should stimulate the work of the professional in nutrition, who has the responsibility to provide an optimal nutritional support during all the stages of the disease and to favor in this way to maintain an adequate nutritional state.

**Objective:** To analyze the relationship between nutritional status, food consumption and the analysis of the menu offered in patients with Alzheimer's in residences for the elderly with psychiatric care in the city of Mar del Plata.

**Materials and methods:** The study is observational, descriptive, correlational, and longitudinal. The unit of analysis is composed of each of the patients who are in two psychiatric geriatric hospitals in the city of Mar del Plata. The sample of 30 elderly adults with Alzheimer's disease in the different evolutionary stages of the disease is selected on a non-probabilistic basis for convenience. For the analysis of the nutritional status of the patients, measurements of weight, height and their relation with the BMI indicator were carried out in patients who roam. And in those who are prostrate, we inquired in the interview with the nutritionist about the observed weight of the same in the last time, besides information pertinent to the investigation. Patients were also observed at feeding time to determine their attitude towards food, with a photograph taken from the main menu and dessert before and after being consumed.

**Results:** Of the 46.6% of patients that could be measured, the majorities (42.8%) were within normal limits, 21.4% were underweight, 14.2% were underweight and 21.4% who are overweight. Of those that could not be measured the majority (75%) had no changes in weight in the last time, 18.7% and 6.25% slightly increased weight. The highest percentage requires assistance that correlates with the increased severity of your illness. All patients tolerate fluids and the highest percentage consumes food semi-solid, the rest consume solids, and within these most require that they cut the food beforehand. As for consumption there is a total preference for simple carbohydrates.

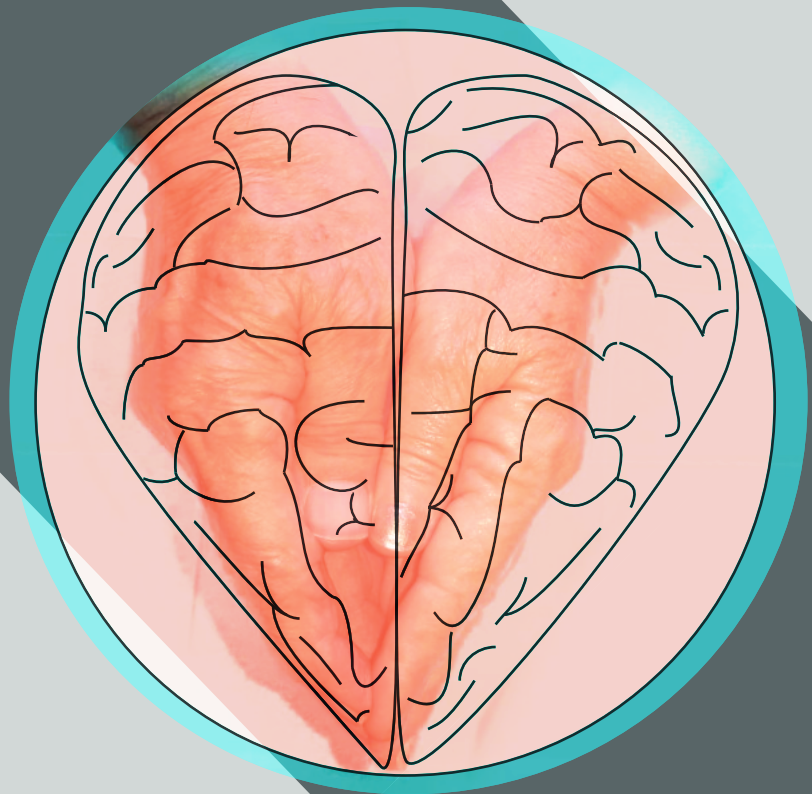
**Conclusions:** It was observed a relationship between the deterioration of the nutritional status and the evolution of the patients' disease. It was observed that as the disease progresses, the feeding process is difficult, so it is sought to avoid the monotony of food to encourage consumption at any time.

**Key words:** Alzheimer's disease, nutritional assessment, food consumption.

Introducción .....	1
Capítulo 1: <i>Envejecimiento y Alzheimer</i> .....	5
Capítulo 2: <i>Consumo alimentario y estado nutricional</i> .....	18
Diseño Metodológico .....	29
Análisis de datos.....	41
Conclusiones .....	84
Bibliografía.....	89
Anexos.....	94



# Introducción



Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Aunque principalmente afecta a las personas mayores, no constituye una consecuencia normal del envejecimiento.

En la práctica profesional cotidiana se observa una influencia directa entre las conductas patológicas a nivel general y los hábitos alimentarios en pacientes con demencia, lo que convierte a estos pacientes en un grupo de riesgo nutricional. Como sostienen Correa y Di Marco (2008)<sup>1</sup> efectuar modificaciones al plan alimentario dependiendo del estadio de la enfermedad permite conservar una alimentación y nutrición adecuadas. Por esto el comportamiento alimentario y la forma en la que el paciente se relaciona con el alimento deben ser evaluados periódicamente para evitar desviaciones, ya que pueden llegar a sentir aversión por la comida, independientemente de su presentación y de sus características organolépticas.

El sistema nervioso central tiene una influencia muy importante en la ingesta nutricional de la persona, principalmente en las que presentan un estado de enfermedad. Es de gran importancia la evaluación integral del estado nutricional de los pacientes psiquiátricos debido a las alteraciones que presentan en la alimentación por la patología. Los hábitos alimentarios inadecuados son considerados un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, ya que los mismos tienden a contribuir a infecciones y a enfermedades crónicas que se encuentran relacionadas con el envejecimiento, provocando una disminución en la calidad de vida de los mismos. Estos hábitos pueden afectar el bienestar del paciente e influir en la evolución de patologías psiquiátricas como Alzheimer, las cuales al mismo tiempo pueden actuar de manera contraproducente en el estado nutricional ya que es común que estos trastornos disminuyan capacidades cognitivas y motoras que el ser humano requiere para realizar una alimentación suficiente y saludable.

Como sostienen Sanz Rodríguez, Blanco Martos (2011)<sup>2</sup> ciertos factores como la medicación, sus características individuales, entre otros, tienen relaciones complejas y cambiantes con la forma de comer o el peso. Suele observarse en éstos pacientes modificaciones en la conducta alimentaria, lo cual influye en los gustos alimentarios de los mismos.

---

<sup>1</sup> La información fue utilizada para el artículo científico: Diagnostico del estado Nutricional de los pacientes con demencia tipo Alzheimer registrados en el Grupo de Neurociencias, Medellín, 2004. *Biomédica*, 113-125

<sup>2</sup> Datos recopilados del libro *The psychology of eating and drinking* (A.W. Logue) en el artículo científico: Hábitos de alimentación en pacientes atendidos en un servicio de salud mental, de la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.

Según el estadio de la enfermedad en que se encuentre el paciente se ve condicionado el consumo alimentario. Al presentar deterioro cognitivo se pueden observar alteraciones en las creencias sobre los beneficios o efectos adversos de los alimentos que ellos consideran; esto resaltaría la importancia de una alimentación con los controles necesarios para evitar desviaciones y lograr mantener o conseguir un adecuado estado nutricional. Según los autores Muñoz, Agudelo, Lopera (2006) un inadecuado estado nutricional puede afectar tanto la condición general como el bienestar del paciente e influir en el grado evolutivo de la enfermedad, y, al mismo tiempo, ésta puede afectar el estado nutricional ya que es común en la demencia que se alteren los mecanismos, capacidades cognitivas y motoras que se necesitan para lograr una alimentación adecuada.<sup>3</sup>

Por esto se considera de gran importancia el rol del nutricionista en relación con éstos pacientes ya que al tener mayor conocimiento sobre la persona se pueden ofrecer diversos menús con alimentos variados, logrando identificar cuáles son sus gustos y preferencias y, a la vez, se intenta lograr un consumo alimentario diario, eficiente y balanceado que permita un estado nutricional óptimo de acuerdo a sus requerimientos.

Muñoz, Agudelo & Lopera (2006)<sup>4</sup> señalan que el aumento de la prevalencia de la demencia tipo Alzheimer debe considerarse una alerta para que los equipos de salud se preparen para su manejo multidisciplinario y, principalmente, el profesional en nutrición y dietética, quien tiene la responsabilidad de brindar un óptimo soporte nutricional durante todas las etapas de la enfermedad y contribuir de esta manera a mantener un estado nutricional adecuado y a prevenir las complicaciones para contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Ante lo expuesto anteriormente se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la relación entre el estado nutricional, consumo alimentario y análisis del menú brindado en pacientes con Alzheimer en residencias para adultos mayores con atención psiquiátrica de la ciudad de Mar del Plata?

---

<sup>3</sup> La malnutrición podría exacerbar la enfermedad o hasta llegar a jugar un papel etiológico importante.

<sup>4</sup> Hay evidencia de que los pacientes pueden mantener el peso si tienen una dieta con un adecuado aporte calórico y de nutrientes

El objetivo general del problema expuesto es:

- Analizar la relación entre el estado nutricional, el consumo alimentario y el análisis del menú brindado en pacientes con Alzheimer en residencias para adultos mayores con atención psiquiátrica de la ciudad de Mar del Plata en el año 2016

Los objetivos específicos:

- Evaluar el estado nutricional en los pacientes con Alzheimer
- Analizar el consumo alimentario en los pacientes
- Distinguir el grado de dependencia alimentaria según estadio de la enfermedad
- Determinar la composición del menú y su fraccionamiento de macronutrientes

Hipótesis:

H<sub>1</sub> En la medida en que se acrecienta el estadio evolutivo de la enfermedad de Alzheimer se produce un deterioro en el estado nutricional.

H<sub>2</sub> A medida que avanza la enfermedad en sus estadios evolutivos es menor el consumo alimentario.

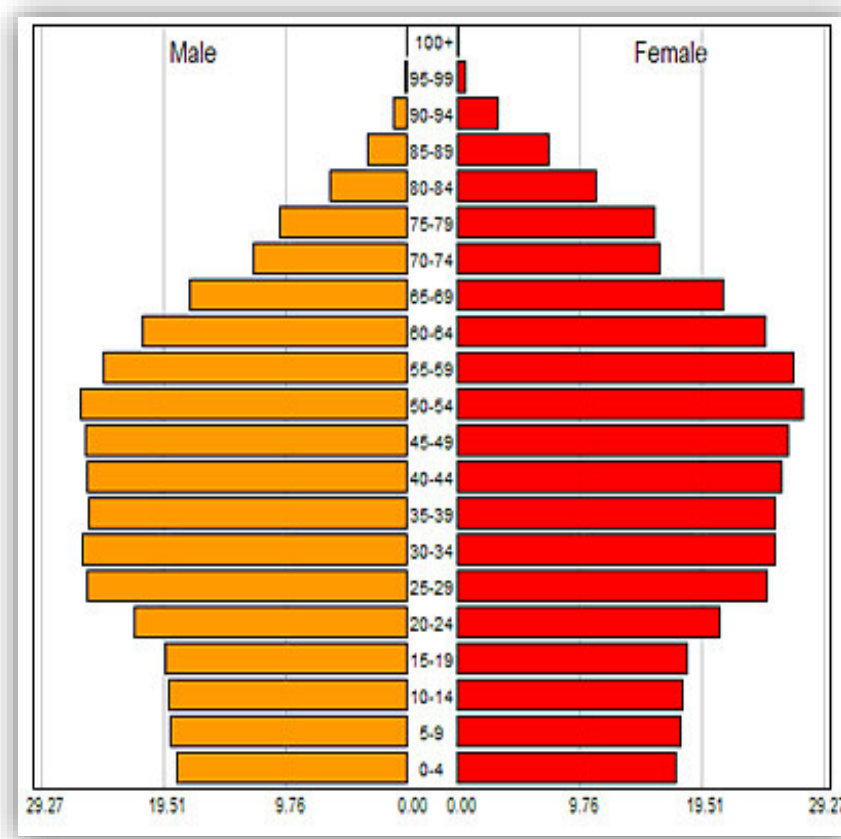


# Capítulo 1 : Envejecimiento y Alzheimer

El envejecimiento es un proceso biológico general que guía la declinación de las capacidades de adaptación del organismo para mantener sus funciones internas frente a las agresiones externas como los accidentes o las enfermedades. (Pujol, 2012)<sup>5</sup>

Ser anciano no significa estar libre de afecciones que hasta podrían considerarse propias del deterioro normal más que de condiciones patológicas, tales como la artrosis o las cataratas. En la actualidad, se considera que Europa presenta la población más envejecida<sup>6</sup> y Norteamérica es la segunda<sup>7</sup>. La proporción de ancianos mayores es menor en los países en desarrollo aunque también en los mismos se encuentra en desarrollo.

Imagen nº 1: Pirámide poblacional de Europa 2015



Fuente: <https://proyectobassari.wordpress.com/comparacion-africa-y-europa/>

En el caso de Argentina el porcentaje de población envejecida es del 10% según el censo nacional. (Pujol, 2012) Es el tercer país más envejecido de la región. La amplia mayoría residen en áreas urbanas.

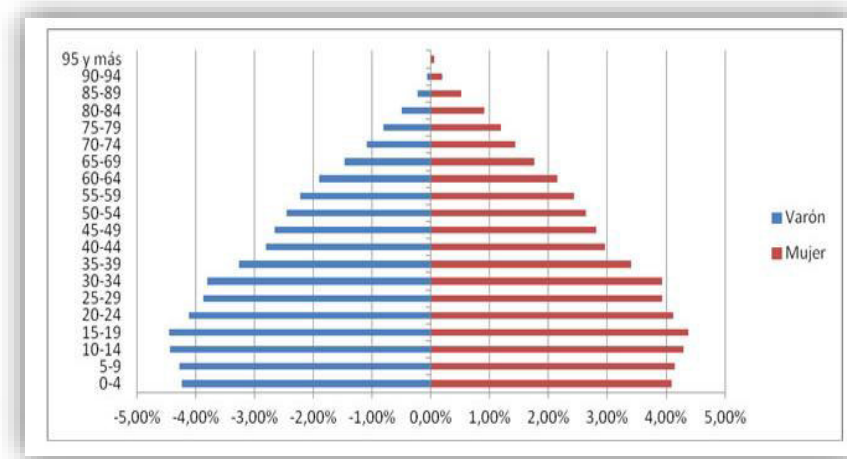
<sup>5</sup> Se encuentra en el libro de Introducción a la psiquiatría en el cual los capítulos, incluido el de Pujol, fueron recopilados por Suarez Richards.

<sup>6</sup> 21% tiene más de 60 años.

<sup>7</sup> 17 % tiene más de 60 años.

En la siguiente imagen se observa la pirámide poblacional de nuestro país en el año 2010.

Imagen N° 2: Pirámide demográfica de Argentina, 2010



Fuente: <http://noticias.universia.com.ar/net/images/adultos/n/no/not/noticias-piramide-demografica-envejecimiento-argentina.jpg>

Este proceso abarca cambios tanto en la personalidad, las aptitudes cognitivas, en las emociones y en la destreza del cuerpo, entre otros; se lo considera un proceso continuo, progresivo, heterogéneo, irreversible, individual y universal con presencia de cambios físicos tanto como psico-sociales (Carmona Valdes, 2005)<sup>8</sup>

Dentro de las modificaciones del cuerpo en el envejecimiento se encuentran: disminución del agua extracelular; disminución de la densidad ósea, en especial entre las mujeres entre 45 y 70 años; disminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los osmoreceptores, que produce una tendencia a la deshidratación. Hidratar al paciente constituye la primera y más eficaz medida terapéutica a tomar. La utilización de reacciones inmunitarias para la detección de determinadas patologías, como la desnutrición, tiene escaso valor en este grupo de pacientes; disminución de la capacidad de homeostasis interna y de adaptación externa a los cambios. Se produce un descenso en la eficacia de los mecanismos de control<sup>9</sup> que se reflejan por un enlentecimiento de las respuestas complejas que requieren la coordinación entre diferentes sistemas orgánicos como el equilibrio hidro-electrolítico, ácido-base, glucemia, temperatura, tensión arterial. Existe una tendencia natural al estreñimiento debido a distintos factores: alteraciones del tubo digestivo, baja ingesta de líquidos, hábitos sedentarios, entre otros, cambios morfológicos como atrofia; y funcionales del aparato digestivo<sup>10</sup>, lo que origina además de estreñimiento alteraciones en la digestión y absorción de nutrientes y por tanto menor aprovechamiento de los alimentos ingeridos. Con estos cambios se asocian déficits de algunas vitaminas del grupo B la B12

<sup>8</sup> Proceso que inicia con cambios en ciertas partes del cuerpo y en diferentes tiempos

<sup>9</sup> Normalmente regulados por hormonas y por el sistema nervioso autónomo.

<sup>10</sup> Disminución de la secreción y de la motilidad.

que junto a una menor ingesta de alimentos proteicos y ricos en hierro aumentan el riesgo de anemia tipo mixto. Se observan también cambios en la flora bacteriana intestinal lo que influye en la absorción de algunos nutrientes y una importante disminución de la barrera defensiva. (Genua Goena, 2001)<sup>11</sup>

Se destacan los cambios que ocurren en la función gastrointestinal durante el envejecimiento; a nivel de la boca: la salivación se mantiene en ancianos sanos y edéntulos, se produce una disminución en el olfato y el gusto, además de poseer una menor potencia masticadora; a nivel del esófago presentan un tono menor del esfínter esofágico superior, un retraso en la relajación tras la deglución, un incremento en la presión de contracción faríngea; a nivel del estómago presentan una secreción gástrica y de pepsina normal, se produce un incremento en el tiempo de vaciado gástrico para líquidos pero los sólidos no se ven afectados; a nivel del intestino delgado hay una probable disminución de la absorción de Calcio acompañada de una disminución en la concentración de receptores para la vitamina D; a nivel del páncreas se produce una disminución de la secreción tras la estimulación repetida.<sup>12</sup> Con respecto a la motilidad intestinal el tránsito intestinal puede enlentecerse, existe una mayor sensibilidad a los niveles de la hormona tiroidea. (Cuesta, 1999)<sup>13</sup>

En esta etapa de la vida se debe considerar tener un buen estado de salud como la mejor capacidad de adaptarse al medio y de desenvolverse de la mejor manera posible dentro de los límites que están marcados por los cambios involuntarios que presenten.

El incremento de la esperanza de vida es un indicador que muestra la mejoría del estado de salud de la población en la edad temprana, pero a la vez, se relaciona en la edad mayor con tasas altas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan su calidad de vida. (Shamah-Levy, Cuevas-Nasu, & Mundo-Rosas, 2008)<sup>14</sup>

*“La información existente señala que las condiciones de salud y de incapacidad tienen incidencias mayores a partir de los 75 años de edad y que son más tempranas e importantes en la población femenina”* (Ham-Chande, 1996)<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> El metabolismo de los hidratos de carbono se encuentra alterado, lo que lleva a una intolerancia a la glucosa, aumentando el riesgo de padecer Diabetes Mellitus 2.

<sup>12</sup> Además de disminuir el flujo esplácnico en el envejecimiento, lo que aumenta la susceptibilidad a hipoxia e hipovolemia.

<sup>13</sup> Los cambios gastrointestinales expuestos por Cuesta, 1992 se encuentran citados en Genua Goena, M. (2001). Nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano. *Matia Fundazioa*, 1-21.

<sup>14</sup> En una encuesta realizada por la OPS se detectaron como enfermedades prevalentes: hipertensión arterial, problemas articulares, reumatismo, desnutrición y osteoporosis.

<sup>15</sup> En el trabajo presentado por Ham-Chande se presentan algunas características cuantitativas del proceso de envejecimiento.



Se deben observar los aspectos colectivos y sociales para referirse al envejecimiento demográfico, que se entiende como la mayor participación relativa de la población en edad avanzada. El inicio de la tercer y cuarta edad es diferente en cada persona ya que depende de factores exógenos sobre los que se puede actuar, que influyen en la velocidad y calidad del envejecimiento. Tanto las condiciones saludables de vida, la realización de actividad física y lograr un buen equilibrio emocional pueden retrasarlo y hasta lograr limitar sus consecuencias. Los ancianos requieren una atención más amplia ya sea por médicos o familiares capacitados y por equipos interdisciplinarios de salud, que logren brindar una atención geriátrica integral. Es un hecho evidente que la población anciana es una de las poblaciones que más utiliza los servicios de salud.

El envejecimiento activo, definido por la OMS como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad como fin para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; es el resultado de diversas acciones entre las que se encuentra el mantenimiento de las capacidades funcionales ya sean físicas, cerebrales o afectivas y sociales; un buen estado nutricional, un buen proyecto de vida para prevenir déficit psicológico, lograr sustituir lo que ya no es posible realizar para evitar sentir la falta de actividades; además de emplear los paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades o las diversas invalideces. (Vellas, 1996)<sup>16</sup>

Dentro de los cambios cognitivos normales que ocurren durante el envejecimiento se encuentran: la lentitud global, disminución de la atención sostenida, lentitud de recupero o evocación que puede confundir con fallas de fijación, la memoria procedural es más lenta: se necesita más tiempo para aprender nuevos procedimientos, la memoria de trabajo declina, hay una mayor rigidez en el pensamiento y menor flexibilidad cognoscitiva; algunas dificultades para evocar nombres propios o retomar el tema de conversación.

A diferencia de los cambios antes mencionados se encuentran los que no son normales, entre ellos: déficit de la memoria episódica, en donde la dificultad no reside en el aprendizaje de información sino en el recuerdo en un contexto espaciotemporal particular, baja eficiencia en la recuperación de la información, “los ancianos olvidan de recordar”; la memoria semántica, memoria de conceptos, no muestra una diferencia conforme a la edad y si se altera precozmente en la enfermedad de Alzheimer; memoria remota que corresponde a la posibilidad de evocar recuerdos de eventos lejanos vividos por la persona, hace intervenir a la memoria episódica y a la semántica; la memoria implícita no se modifica con la edad (Loñ, Serrano, & Allegri, 2003)<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Los cuidados paliativos apropiados son: prótesis, equipo electrónico e informático.

<sup>17</sup> Los datos de estos autores fueron compilados por Pablo M. Bagnati en el libro Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Las patologías más prevalentes que se encuentran relacionadas con las personas mayores de 60 años se distinguen en ambos sexos y abarcan la mayor cantidad de los órganos blancos. La demencia se destaca en ambos pero se considera una mayor predisposición de mujeres que la padecen.

Tabla N° 1 Patologías del adulto mayor más prevalentes

<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
Enfermedad circulatoria cerebral	Enfermedad cerebrovascular
Enfermedad circulatoria cardiaca	Enfermedad cardiaca isquémica
Insuficiencia respiratoria crónica	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Demencia	Demencia
Infecciones respiratorias no tuberculosas	Tuberculosis
Enfermedad inflamatoria cardiaca	Infecciones respiratorias no tuberculosas
Diabetes	Enfermedad inflamatoria cardiaca
Tuberculosis	Cáncer digestivo
Traumatismos	Cáncer pulmonar
Cataratas	Cirrosis

Fuente: Arizaga (2003)

A diferencia del envejecimiento normal se encuentra el patológico en función de la acumulación de factores de riesgo y de enfermedades que se presentan en el envejecimiento en todas las personas durante toda la vida.

Las demencias, según Pujol (2012)<sup>18</sup> son un grupo de enfermedades que causan un deterioro cognitivo lo suficientemente severo como para interferir con la actividad cotidiana. Se caracterizan por su cronicidad, progresividad e irreversibilidad. Estos autores también consideran que lo más importante por su incidencia es la depresión en el anciano. El rasgo distintivo de la demencia es el deterioro del rendimiento intelectual o cognitivo, de suficiente gravedad como para obstaculizar los funcionamientos sociales, ocupacionales o ambos; La mala orientación que presentan en el espacio y el tiempo se debe parcialmente al deterioro que presentan en la memoria. Las personas que padecen demencia presentan un defectuoso control de sus impulsos y emociones, emocionalidad alterada y los cambios en la personalidad son características que condicionan las relaciones con los demás.

Según la OMS la demencia es considerada la principal causa de discapacidad en adultos mayores, además de ser la que presenta mayor grado de dependencia, sobrecarga económica y estrés psicológico en el cuidador.

Según el DSM IV las demencias se clasifican dependiendo de la zona afectada del cerebro; cuando el daño afecta principalmente a la corteza cerebral es una demencia de tipo cortical, pudiendo causar fallas en la memoria, en el lenguaje, el pensamiento o la conducta social; en cambio cuando el daño se encuentra por debajo de la corteza cerebral, es una

---

<sup>18</sup> Ante un enfermo con un síndrome demencial, es obligatorio realizar un diagnóstico diferencial con algunas patologías que presentan este síndrome pero que responden a otras causas, que son tratables y en algunos casos hasta son reversibles.

demencia subcortical, los cambios involucran al movimiento, la memoria y el área emocional; y su asociación con otras patologías, tales como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiacas que puedan producir microembolias cerebrales. Es de vital importancia conocer los medicamentos que consume y que ha consumido. Se han estudiado en los últimos años infinidad de factores de riesgo para la enfermedad, pero solo un grupo de ellos se considera como de riesgo para desarrollarla: edad<sup>19</sup>, composición genética<sup>20</sup>, historia familiar, historia familiar de Síndrome de Down, traumatismo de cráneo <sup>21</sup> y la depresión (Arizaga, 2003).<sup>22</sup> Es una enfermedad edad- dependiente

Como sostienen Kaplan & Sadock,(1987)<sup>23</sup> el diagnóstico de demencia supone dos aspectos: el reconocimiento del síndrome sobre bases clínicas y la identificación de sus causas.

Los criterios a utilizar para el diagnóstico, según Robles, Del Ser, & Alom,(2002) <sup>24</sup> son: alteración de la memoria, deterioro en el pensamiento y su capacidad de razonamiento, interferencia en sus actividades cotidianas, nivel de conciencia normal, sin excluir posibles alteraciones esporádicas, las deficiencias duran más de 6 meses, alteraciones de al menos dos de las siguientes áreas cognitivas: atención/concentración, lenguaje, gnosis, memoria, praxias, funciones visuoespaciales, funciones ejecutivas, conducta. Estas alteraciones deben ser: adquiridas, con deterioro de las capacidades previas del paciente comprobado a través de un informador fiable o por evaluaciones sucesivas objetivadas en la exploración neuropsicológica; persistentes durante semanas o meses y constatadas en el paciente con un nivel de conciencia normal. Son de intensidad suficiente como para interferir en las actividades habituales del sujeto, incluyendo las ocupacionales y sociales. Las mismas cursan sin trastorno del nivel de conciencia hasta fases terminales, aunque pueden ocurrir perturbaciones transitorias intercurrentes.

Se consideran diez signos alerta para el diagnóstico; disminución de la memoria reciente que afecta el desempeño en el trabajo, dificultades en el desempeño de tareas familiares, problemas del lenguaje, desorientación en tiempo y lugar, pobre o disminuida capacidad del juicio, problemas con el pensamiento abstracto, extravío de cosas, cambios del ánimo o del comportamiento, cambios en la personalidad, disminución de la iniciativa. (Kremer, 2003) <sup>25</sup>

---

<sup>19</sup> A mayor edad, mayor prevalencia de padecerla.

<sup>20</sup> Existen ciertas proteínas en el organismo que están relacionadas con las diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad por modificaciones en su estructura o características.

<sup>21</sup> Aumenta la prevalencia de contraer la enfermedad.

<sup>22</sup> Presenta una mayor frecuencia en pacientes que poseen enfermedad de Alzheimer.

<sup>23</sup> Definen los diferentes aspectos a tener en cuenta para elaborar un diagnóstico preciso de la enfermedad

<sup>24</sup> En ese documento se establecen los pases para establecer el diagnostico posible y certero para distintos tipos de demencias.

<sup>25</sup> Información adquirida del sitio web: <http://www.homestead.com/montedeoya/alarma.html>

Se destaca un tipo de demencia que es el Alzheimer, definido como un trastorno degenerativo y progresivo que afecta los tejidos cerebrales, produciendo un estado de incapacidad. (Correa, Di Marco, & Otero, 2008)<sup>26</sup>

En su progreso, la Enfermedad de Alzheimer evoluciona en cuatro estadios según Correa, Di Marco, & Otero,(2008)<sup>27</sup> de leve a severa y los pacientes comienzan a requerir ayuda en actividades complicadas como cálculos, asistencia para sus actividades de la vida diaria, seguimiento en la preparación de alimentos, no reconocen a sus familias o amigos, o confunden a las personas. También pueden presentar trastornos de la deglución y pueden coexistir depresión, apatía, ansiedad y delirio.

Tabla nº2: Etapas del Alzheimer

Etapas	
Primera: Ausencia de daño cognitivo	No experimenta problemas de la memoria y no hay síntomas evidentes para los profesionales
Segunda: Disminución cognitiva muy leve	Nota determinadas fallas de memoria que no son evidentes en los exámenes médicos u ante los ojos de familiares y amigos.
Tercera: etapa temprana del Alzheimer; disminución cognitiva leve	Se comienzan a observar las deficiencias en su entorno familiar y de amigos. Se destacan: dificultad para encontrar la palabra adecuado, desempeñar tareas sociales o laborales, menos capacidad para planificar y organizar.
Cuarta: etapa leve de la enfermedad; disminución cognitiva moderada	Falta de memoria de acontecimientos recientes, mayor dificultad para realizar tareas complejas, olvido de la historia personal, además de estar de humor variable principalmente en situaciones que representen un desafío mental o social
Quinta: moderada de la enfermedad;	Disminución cognitiva moderadamente severa Las lagunas de memoria y déficit en la función cognitiva son notables y comienzan a necesitar asistencia con las actividades cotidianas. Todavía no requieren ayuda para alimentarse ni ir al baño.
Sexta: disminución cognitiva severa	Los problemas de la memoria siguen agravándose, se pueden producir importantes cambios de personalidad y necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida cotidiana. Cuando esta sin supervisión comete errores además de poder sufrir alteraciones en el ciclo normal del sueño. Pueden requerir ayuda para manejar asuntos vinculados con el uso del baño, experimentar episodios de incontinencia urinaria o fecal en aumento.
Septima: severa de la enfermedad; disminución cognitiva muy severa	Pierden la capacidad de responder a su entorno, de hablar y ocasionalmente de controlar sus movimientos. Necesitan ayuda para llevar a cabo la mayoría de sus actividades que implican su cuidado personal diario, en lo que se incluye comer e ir al baño. Los reflejos se vuelven anormales y los músculos rígidos. Se ve afectada la capacidad de tragar.

Fuente Adaptada: Kremer, Bühlmann, & Perret (2016)<sup>28</sup>

<sup>26</sup> Definición adquirida de Robles A et Al. Propuesta de criterios para el Diagnóstico Clínico del Deterioro cognitivo ligero, la Demencia y la Enfermedad de Alzheimer. Neurología. España. 2002 17 (1): 17-32.

<sup>27</sup> Datos recopilados de curso de posgrado en soporte nutricional: cuidados nutricionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer; por la revista de nutrición clínica en su artículo sobre comportamiento alimentario en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo.

<sup>28</sup> Las siete etapas se basan en un sistema desarrollado por el Dr. Barry Reisberg, Director del Centro de Investigación de Demencia y Envejecimiento Silberstein de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York

Los síntomas más comunes que presentan son: alteraciones en el estado de ánimo y de la conducta, pérdida de la memoria, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas. Las alteraciones neuropsicológicas en la enfermedad son: afasia, que es el deterioro en funciones de comprensión, denominación, fluencia y lectoescritura; apraxia de tipo constructiva, de vestirse, ideacional; agnosia caracterizada por la alteración perceptiva y espacial (Fidel Romano, Nissen, & Paredes, 2007).<sup>29</sup>

Además de esto se observan modificaciones en la memoria episódica en donde los pacientes presentan alteraciones marcadas de los recuerdos recientes, es decir, todo lo nuevo lo olvidan de inmediato, se ven aumentadas las reiteraciones de preguntas y de comentarios. La memoria semántica se ve más afectada como se observó con anterioridad a través de falta de palabras, fallan en darle nombre a los objetos y a familiares y empiezan a mezclar palabras. Con respecto a la memoria remota, combinación de la semántica y la episódica, la persona tiene la posibilidad de evocar los recuerdos de los eventos lejanos vividos. (Loñ, Serrano, & Allegri, 2003).<sup>30</sup>

Los síntomas son importantes en la evolución de los pacientes ya que aumentan la morbimortalidad por la gran repercusión funcional que presentan, el impacto que provocan en la calidad de vida del cuidador o del familiar, determinan un aumento en las posibilidades de institucionalización y suelen obligar a utilizar medicación psicofarmacológica.

Tabla nº 3: Alteraciones conductuales más frecuentes en la enfermedad de Alzheimer. <sup>31</sup>

Cambio de personalidad	85-95 %
Apatía	70-90 %
Depresión	70-85 %
Agitación	50-75 %
Ansiedad	50-60 %
Irritabilidad	40-60 %
Delirios	30-50 %
Desinhibición	25-40 %
Alucinaciones	30-45 %
Trastornos del sueño	30-50 %
Trastornos de la conducta alimentaria	20-40 %
Agresión física	10-20 %
Euforia	10-15 %

Fuente: Tragano & Sarasola,(2003)

<sup>29</sup> En las fases finales se deteriora la musculatura y la movilidad, pudiendo presentarse incontinencia de esfínteres

<sup>30</sup> Los sujetos de edad avanzada recuerdan mejor los eventos de su infancia. La memoria implícita que hace referencia a procedimientos como andar en bicicleta, no se modifica con la edad.

<sup>31</sup> Se estima que cerca del 80-90 % de los pacientes tienen algún síntoma psiquiátrico en algún momento del transcurso de su enfermedad.

De acuerdo con estimados recientes, se calculan 36 millones de personas que padecen demencia en todo el mundo, con 4.6 millones de casos nuevos por año. (Llibre Rodriguez, 2012)<sup>32</sup>

El riesgo de poseer demencia, comienza desde la vida intrauterina donde la malnutrición fetal, el bajo peso al nacer y la no lactancia materna pueden tener consecuencias negativas a largo plazo; se han realizado diversos estudios con utilización de indicadores antropométricos como la talla, la longitud de la pierna y del brazo, la circunferencia craneal, como marcadores del neurodesarrollo en los primeros años de vida y se han encontrado asociaciones inversas con demencia y Alzheimer en la vida tardía. (Llibre Rodriguez, 2012)<sup>33</sup> Otras investigaciones sostienen que diversos factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, entre los que se encuentran el hábito de fumar, diabetes mellitus, hipertensión arterial en la edad media de vida, hipercolesterolemia, enfermedad cardíaca isquémica, síndrome metabólico predisponen tanto a la demencia como a la enfermedad de Alzheimer.

La internación de las personas que padecen esta enfermedad se debe a diversos motivos; situaciones de inestabilidad clínica que complican el cuidado y tratamiento del enfermo. En esos casos, se realiza en una clínica u hospital general por un breve periodo de tiempo para el despistaje y tratamiento de desórdenes infecciosos y metabólicos y ajuste u ordenación de la medicación; en forma crónica, en una residencia u hogar de sostén y mantenimiento, cuando no se logra sostener la atención en el domicilio durante todo el día, cuando los desórdenes conductuales son de difícil manejo y/o no hay familiares o cuidadores o bien éstos sufren un desgaste que atenta contra su propia salud. (Pujol, 2012)<sup>34</sup>

Los pacientes no son todos iguales, las personalidades son diferentes en todas las personas y cuando aparece una enfermedad, de síntomas complejos, en el cerebro, es éste órgano en cuyo territorio se encuentran asentados los cimientos mismos de nuestra personalidad. Un paciente que valoró demasiado su propia autonomía sufrirá mucho más la minusvalía que otro que no le dio tanta importancia a su independencia; el deterioro no se presenta con la misma intensidad en un paciente satisfecho que en otro que convive con la frustración o el fracaso. Dentro de las cosas que se deben tener en cuenta en la evidencia de la enfermedad se debe incluir el rol que ejerció el paciente en su núcleo familiar, laboral o

---

<sup>32</sup> Basados en revisiones sistemáticas de datos de prevalencia y un consenso de expertos.

<sup>33</sup> Es ampliamente aceptado que la Demencia y Enfermedad de Alzheimer se asocian con factores genéticos y ambientales. Las condiciones socioeconómicas están asociadas a otras desventajas (nutrición, estimulación ambiental, acceso a la educación, neurodesarrollo, crecimiento corporal y el posterior desempeño cognitivo)

<sup>34</sup> Información recopilada por Manuel Suarez Richards en su libro "Introducción a la psiquiatría", en donde busca comprender cabalmente a la persona en su bienestar y luego en la enfermedad teniendo como base de estudio a la cultura., a través del estudio pormenorizado de la nosografía.

social. En consecuencia, no produce el mismo impacto un paciente que ha influido a lo largo de su vida en la toma de decisiones familiares o en la búsqueda de metas laborales que quien no ha sido así. Por todo esto resulta importante que el médico a cargo conozca la personalidad que el paciente tuvo a lo largo de su vida. El impacto de la demencia sobre la población mayor de 60 años en los países en desarrollo supera al de otras patologías más conocidas por la población.

Con respecto al tratamiento en demencias puede ser farmacológico y no farmacológico. Se denominan así a las intervenciones ambientales, conductuales, psicológicas, terapias sociales de la persona, colaboran para mejorar la enfermedad en su evolución. Junto al tratamiento farmacológico, comparten los mismos objetivos generales: retrasar el deterioro, recuperar funciones perdidas y tratar de mantener las aún preservadas, mejorar los síntomas conductuales, conservar todo lo posible las actividades de la vida diaria, aumentar la calidad de vida, aliviar al cuidador. Aplicar ambos tratamientos permite que el efecto benéfico de los fármacos actuales se le sume el hecho de que dicho fármaco sea administrado en un medio contenedor, activador y socializante.<sup>35</sup> El tratamiento no medicamentoso en los pacientes con demencia senil tiene diversos objetivos: tratar de mantener las capacidades remanentes, lograr una disminución de la dependencia el mayor tiempo posible, retrasar la institucionalización, mejorar la calidad de vida del enfermo y la familia, mejorar la comunicación entre el enfermo y la familia, evitar la postración temprana y mejorar los problemas de conducta que presente. (Bagnati, 2003)<sup>36</sup>

Las personas que presentan demencia frecuentemente se olvidan si ya realizaron las comidas o como utilizar los cubiertos, incluso en las últimas etapas, probablemente deberán ser asistidos para realizar la alimentación. A esto pueden sumarse problemas físicos que le impidan masticar bien o tragar. Muchos de ellos no solicitan comida o comen muy poco por los problemas antes mencionados. Según Restrepo, Morales, Ramirez, Lopez, & Varela, (2006)<sup>37</sup> además de estas complicaciones presentes a la hora de alimentarse se deben sumar los cambios fisiológicos normales del envejecimiento que también afectan al adulto mayor, como factores físicos: discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva; factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de rápida absorción, cambios presentes en su composición corporal, interacciones fármaco-nutrientes, menor realización de actividad

---

<sup>35</sup> Entre los tratamientos medicamentosos se encuentran: Colinérgico (inhibidores de la acetilcolinesterasa), Vitamina E, Memantine, Nimodipina, Ginkgo biloba, Vasodilatadores, Idebenonas, Agentes antidepresivos, Antipsicóticos.

<sup>36</sup> Hay dos grandes grupos de tratamientos no medicamentosos; unos dedicados a la familia y otros a los enfermos.

<sup>37</sup> Estos factores aumentan el riesgo de morbi-mortalidad en esta población.

física, depresión y aislamiento; también factores psicosociales como inadecuados hábitos alimentarios.

El estado de salud física y mental que presentan las personas mayores depende en gran medida de la forma de alimentación en la niñez y en la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen tanto los hábitos alimentarios como factores psicosociales que determinan la seguridad nutricional y alimentaria de esta población (Restrepo, Morales, Ramirez, Lopez, & Varela, 2006)<sup>38</sup>

En las demencias se dan alteraciones en el comportamiento alimentario y situaciones de rechazo a la ingesta, apraxia y agnosia; además de poseer una disminución en los niveles plasmáticos de neuro péptidos en plasma y cerebro, y de noradrenalina cerebral, todos ellos estimulantes de la ingesta. También suelen presentar disfagia a medida que progresa la enfermedad. Datos obtenidos a partir de un estudio realizado en una mitad de demencias avanzadas, reflejan una incidencia de disfagia a líquidos del 82% y a sólidos del 36%. (Botella Trelis & Ferrero Lopez, 2004)<sup>39</sup>, ésta puede ser causa de complicaciones que comprometen la vida del enfermo a corto o medio plazo, tales como, atragantamientos, infecciones respiratorias y deshidratación o desnutrición.

Los pacientes que presentan demencia no presentan mecanismos disfuncionales para regular el peso corporal o cambios a nivel cerebral que producen una pérdida de peso.

Para la evaluación del estado nutricional del paciente que tiene demencia se utilizarán dos indicadores antropométricos y dietéticos. Las medidas antropométricas más utilizadas son el peso y la talla, la relación entre ambas permite calcular el índice de masa corporal de la persona, que se utiliza para diagnosticar en forma práctica, rápida y oportuna, para poder así comenzar un tratamiento en caso de ser necesario.

Según estudios realizados el descenso de la masa corporal con el paso del tiempo tiene una relación notoria con el riesgo de desarrollar Alzheimer con el envejecimiento; las pérdidas más intensas tienen la relación más sólida. Personas que tienen una pérdida del índice de masa corporal de una unidad en un año tienen un riesgo 35 % mayor de desarrollar la enfermedad que aquellos sin cambios en éste índice a lo largo del tiempo. (Buchman, 2005)<sup>40</sup>

También se puede realizar un seguimiento del estado nutricional monitoreando el peso del paciente en el tiempo, para poder lograr una intervención oportuna.

---

<sup>38</sup> Como así también la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional

<sup>39</sup> Revisión de casos de disfagia durante el último año en un hospital valenciano de media y larga estancia. Estudio transversal sobre medidas adoptadas ante éstos.

<sup>40</sup> En un seguimiento medio de 5 años, 151 personas desarrollaron Alzheimer. IMC promedio de 27,4 al inicio y disminuyó en aproximadamente la mitad de los participantes



Para las personas que padecen mal de Alzheimer, en sus fases intermedia y avanzada, el control del peso debe hacerse por lo menos una vez por semana; en la inicial se lo puede realizar de manera mensual.

Tabla nº 4: Historia de pérdida de peso<sup>41</sup>

Pérdida de peso	%	%
Período	Significativa	Severa
1 semana	1-2	>2
1 mes	5	>5
3 meses	5-7	>7
6 meses	10	>10

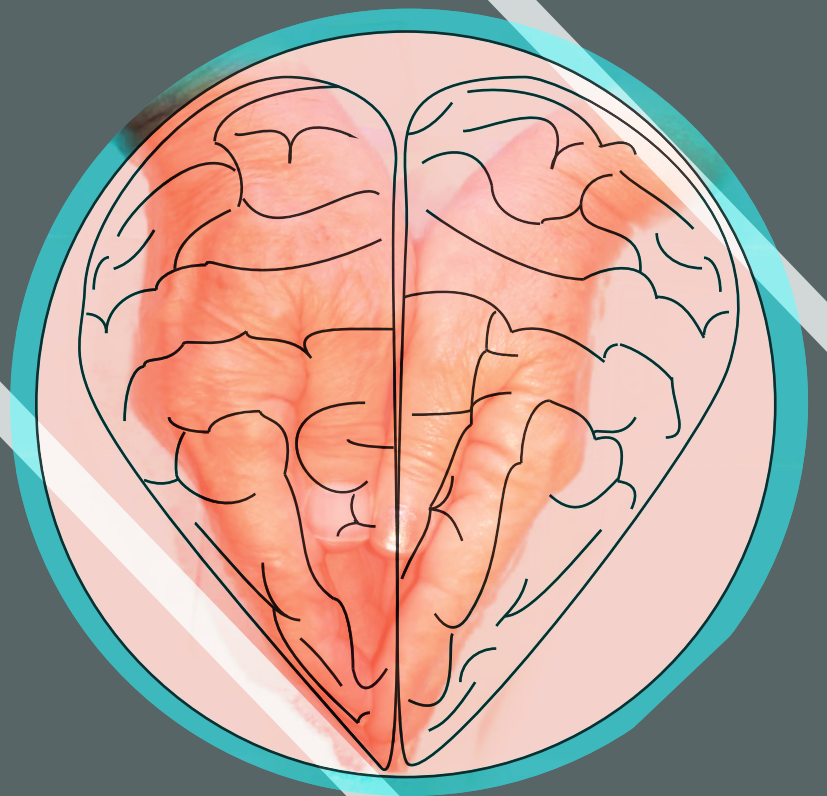
Fuente: Najas,(2002)

Si el paciente presenta pérdidas de peso significativas o severas se deberán realizar las intervenciones convenientes; es de vital importancia conocer la composición y la calidad de la alimentación del paciente, teniendo en cuenta todas las afecciones que presenta dependiendo del estadio de la enfermedad en que se encuentre, de ahí la importancia de realizar un trabajo interdisciplinario para poder abarcar la patología desde todos sus aspectos fundamentales.

---

<sup>41</sup> Este cuadro muestra la relación entre la velocidad en que se produce la pérdida del peso con el tiempo que transcurre en este proceso.

# Capítulo 2: Consumo alimentario y estado nutricional



Teniendo en cuenta el concepto definido por la OPS, 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. (Restrepo, Morales, Ramirez, Lopez, & Varela, 2006)<sup>42</sup> Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional.

La alimentación es la consecuencia de una serie de actividades conscientes y voluntarias en virtud de las cuales el ser humano se proporciona sustancias aptas para su consumo, las modifica partiéndolas, cociéndolas, etc. y acaba introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas también de modo voluntario y consciente. El hecho de que este acto sea voluntario y consciente quiere decir que es influenciado por la cultura, situación económica, social, estado físico y mental, entre otros.

Los alimentos son digeridos en el aparato digestivo transformándose en sustancias nutritivas que son absorbidas y luego transportadas a los tejidos y utilizados por éstos. Estos pasos se realizan de manera involuntaria e inconsciente.

Estas sustancias químicas constituyen los materiales necesarios y esenciales para el mantenimiento de la vida. Este conjunto de procesos se encuentra afectado fundamentalmente por patologías concretas y algo por los procesos propios del envejecimiento.

Está ampliamente reconocida la importancia que la nutrición tiene en la salud global y en el bienestar de las personas, lo que adquiere una dimensión específica en los adultos mayores, ya que su organismo será un reflejo de la nutrición en todas las etapas de la vida.

La dieta influye de manera decisiva en la incidencia y evolución de las principales patologías relacionadas con la edad, incluyendo las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, entre otras) y las enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer. Varios estudios epidemiológicos y experimentales sugieren que la ingesta de DHA y su posterior localización en las membranas neuronales podrían proporcionar un efecto protector frente a esta enfermedad (Valenzuela, Bascuñan, & Valenzuela, 2008)<sup>43</sup>

Las enfermedades neurodegenerativas producen alteraciones en el nivel de conciencia o en los mecanismos de la deglución que con frecuencia hacen necesario un

---

<sup>42</sup> En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte

<sup>43</sup> Según los autores éste es uno de los enfoques más prometedores en cuanto a la prevención para desarrollar estrategias que tengan como objetivo prevenir o retrasar la aparición y posterior evolución de ésta enfermedad.

sopORTE nutricional especializado. (De Luis, Izaola, De la Fuente, Muñoz-Calero, & Franco-Lopez, 2015)<sup>44</sup>

Son de gran importancia los factores dietéticos, además de los indicadores antropométricos como se mencionó con anterioridad.<sup>45</sup> El establecimiento de los requerimientos nutritivos para personas mayores no deberá tener diferencias importantes con el establecimiento de los requerimientos nutritivos del adulto joven.

Estos variarán en función de las características de las distintas personas: parámetros biológicos, funcionales, actividad física, entre otros, incluyendo en ellas las modificaciones inducidas por el propio proceso de envejecimiento y la presencia de patologías si las hubiera. El estado de salud físico y mental de este grupo poblacional depende en gran parte de la alimentación de la infancia y edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos alimentarios y factores psicosociales que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de esta población como puede ser la soledad, escasez de recursos económicos, baja disponibilidad de alimentos, entre otros que determinan el consumo de alimentos y por ende el estado nutricional de este colectivo. (Restrepo, Morales, Ramirez, Lopez, & Varela, 2006)<sup>46</sup>

Los trastornos neurocognitivos, asociados con la enfermedad de Alzheimer están adquiriendo proporciones epidémicas a nivel mundial, siendo causa de morbilidad y de una elevada cantidad de muertes en la tercera edad. De los distintos factores de riesgo de la enfermedad, se considera que una nutrición adecuada juega un papel protector. En los componentes de la dieta, es destacado el rol esencial de vitaminas del complejo B en la función del cerebro. Existen variadas evidencias epidemiológicas en personas de la tercera edad que han expuesto la asociación de bajos niveles bioquímicos de diversas vitaminas con la disminución de las habilidades cognitivas. (Domínguez & Macías Matos, 2005)<sup>47</sup>

Dentro de las causas que pueden afectar la alimentación, según (Artaza Artabe, 2011)<sup>48</sup> se destacan: Modificaciones somáticas: alteración del gusto y del olfato; Disminución del apetito; Aumento de la saciedad; Trastornos neuropsiquiátricos asociados a la enfermedad; Pérdida de la autonomía y de los hábitos alimentarios; Determinados fármacos pueden producir anorexia o hipogeusia; Candidiasis oro faríngea.

---

<sup>44</sup> El objetivo de la investigación realizada por el autor fue revisar el riesgo de desnutrición, así como su tratamiento, en pacientes con enfermedad cerebral vascular, enfermedad de Parkinson, demencia y esclerosis lateral amiotrófica

<sup>45</sup> En el capítulo 1 se mencionaron estos indicadores.

<sup>46</sup> Se realizó una investigación con enfoque de epidemiología crítica y como estrategia se utilizó el monitoreo estratégico. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información

<sup>47</sup> Investigaciones recientes refieren que la hiperhomocisteinemia asociada a inadecuados niveles de algunas vitaminas del complejo B puede favorecer al deterioro cognitivo y a la EA

<sup>48</sup> Dos tercios de las personas con demencia que viven en sus hogares presentan desde el inicio de la enfermedad una disminución de su consumo alimentario

La nutrición se considera uno de los factores más determinantes de un envejecimiento satisfactorio. Desde la década del ochenta, existen evidencias epidemiológicas que han mostrado una correlación entre los bajos niveles de ingestión o bioquímicos de las vitaminas con la disminución de las funciones neurocognitivas en los adultos mayores. El sistema nervioso central es vulnerable al daño por radicales libres debido al elevado consumo de oxígeno del cerebro, al abundante contenido de ácidos grasos poliinsaturados y a la relativa escasez de enzimas antioxidantes en comparación con otros tejidos. Existen numerosas evidencias que sugieren que el estrés oxidativo puede jugar un papel importante en la patogénesis de ésta enfermedad. (Domínguez & Macías Matos, 2005)<sup>49</sup>

Con respecto al Alzheimer, Botella Trelis & Ferrero Lopez (2004)<sup>50</sup> aseguran que a medida que avanza la enfermedad van haciéndose cada vez más manifiestas las dificultades en los procesos de alimentación. En cuanto a las recomendaciones energéticas son similares a las de ancianos sanos, pero al mismo tiempo la demencia presente puede causar cambios en los hábitos alimentarios, así se puede considerar que la malnutrición puede ser una consecuencia, más que una causa del deterioro cognitivo.

Restrepo , Morales , Ramirez , Lopez, & Varela(2006)<sup>51</sup> en su investigación sostienen la influencia de los hábitos alimentarios inadecuados en el estado de salud, y son considerados un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano.

Es un problema importante que empeora el pronóstico de estos pacientes siendo, necesario un correcto manejo de la disfagia y sus complicaciones, así como la utilización de diferentes etapas de soporte nutricional. Los factores que se encuentran relacionados son: ingesta inadecuada, alteración del tracto gastrointestinal, variaciones en el gasto energético y el propio tratamiento. (De Luis, Izaola, De la Fuente, Muñoz-Calero, & Franco-Lopez, 2015) <sup>52</sup>

Recientes evidencias epidemiológicas aluden una posible relación entre la dieta y la edad, con el deterioro cognitivo y alteraciones funcionales a nivel cerebral que caracterizan a la enfermedad de Alzheimer. Entre los factores nutricionales que influyen en la incidencia se destaca un bajo consumo de pescado, principalmente aquellos ricos en omega-3. Además, ha sido posible establecer que un bajo consumo de pescado está asociado con un

---

<sup>49</sup> Estudios experimentales post-mortem evidencian daños oxidativos que aparecen en el cerebro de pacientes con esta enfermedad.

<sup>50</sup> Se realizó un estudio transversal con los enfermos de la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia. Los datos se recopilaron y se utilizaron en el artículo de revista: La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar.

<sup>51</sup> Estos factores de riesgo contribuyen a la fragilización de la persona.

<sup>52</sup> La prevalencia de malnutrición en pacientes con demencia es del 70 %. Causas se relacionan con factores como: anorexia, disfagia y pérdida de autonomía para alimentarse

mayor riesgo de desarrollar algún grado de déficit cognitivo (Valenzuela, Bascuñan, & Valenzuela, 2008)<sup>53</sup>

Se considera que en los pacientes tipo Alzheimer en estadio leve y moderado hay un aumento del apetito y una preferencia por alimentos azucarados, que podría corresponderse a una afectación específica del hipotálamo. Sumado a una mayor apetencia por las especias o un cambio en las preferencias de bebida. Con respecto a los hábitos alimentarios en un estudio realizado se observó que la mayoría consume tres comidas diarias y en menor proporción dos comidas lo que implica un riesgo de consumo insuficiente de calorías y nutrientes lo que puede contribuir al proceso de fragilización de la tercera edad. Las comidas que generalmente realizan según las estadísticas son el desayuno, el almuerzo y la cena. (Restrepo, Morales, Ramirez, Lopez, & Varela, 2006)<sup>54</sup>

En el estadio leve de la enfermedad se debe lograr un buen monitoreo del estado nutricional, con una permanente evaluación de la calidad de la alimentación, evitando la monotonía de los menús, y consiguientemente observando la presencia de modificaciones en el peso. En los estadios moderados y avanzados, además de la cantidad y calidad de la alimentación, se debe tener en cuenta la consistencia de los alimentos y la vía de administración, la cual puede ser vía oral o enteral, dependiendo del grado evolutivo de la enfermedad. En estas dos fases es cuando aparecen los problemas nutricionales mayores, (ya sea en la masticación, deglución, desnutrición, entre otros) por esto deben tener un permanente monitoreo más exhaustivo e intervenciones rápidas y prácticas, como el aumento de la densidad calórica o, como se nombró con anterioridad, la consistencia de los alimentos para que les permita a los pacientes tener una mejor calidad de vida. (Alzheimer, 2002)<sup>55</sup>

Otro punto a considerar es el uso crónico de medicamentos que pueden afectar nutricionalmente: disminución o estímulo del apetito, lesión de las células de la mucosa absorbente, disminución de la utilización de nutrientes, aumento de la excreción de orina, competición directa o antagonismo, interferencia o acentuación de la biosíntesis de una enzima, coenzima o transportador de proteínas, modificaciones endocrinas, efectos indirectos debido a los componentes de diversos medicamentos, entre otros.

---

<sup>53</sup> Estas observaciones se sustentan por estudios in vivo que muestran que la alimentación rica en DHA, limita las lesiones sinápticas y disminuye los defectos cognitivos

<sup>54</sup> Se realizó una investigación con enfoque de epidemiología crítica y como estrategia se utilizó el monitoreo estratégico. Se utilizaron técnicas cualicuantitativas para la recolección de la información. En el cuantitativo se utilizó un muestreo multietápico, estratificado y en el cualitativo un muestreo intencional.

<sup>55</sup> Esta información se encuentra dentro de un manual para los cuidadores de estos pacientes, ayudándolos a entender mejor la enfermedad y cómo manejarla desde su rol.

Como sostienen Peña-Casanova, (1993)<sup>56</sup> se debe tener en cuenta que debido a los trastornos de memoria que presentan, la dificultad para reconocer objetos y la pérdida de las normas sociales, se pueden dar variadas situaciones anormales en el momento de las comidas.

Es de fundamental importancia que el paciente se encuentre en un buen estado de hidratación y alimentación para evitar que empeore la salud del mismo. Las comidas que realicen deben adaptarse a las capacidades de los distintos pacientes.

Existen instrumentos, como la escala de Blandford que ayudan a determinar la causa del trastorno de la alimentación y son por tanto útiles para planear una intervención.

Tabla nº 5: Escala de Blandford

<b><u>Comportamientos de oposición (reflejos defensivos)</u></b>
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 o muerde a la persona que le alimenta
5. Tira la comida
<b><u>Dispraxia general (déficits cognitivos globales, confusión, inatención)</u></b>
6. Se alimenta a sí mismo solamente con estímulos o indicaciones verbales
7. Emplea los dedos en lugar de los cubiertos
7a. Incapaz de emplear los cubiertos
8. Mezcla y juega con la comida sin comerla
9. Habla o vocaliza continuamente en lugar de comer
10. Ingiere alimentos no comestibles
11. Vagabundea alejándose de la mesa a la hora de comer
11a. Ignora o no reconoce la comida
<b><u>Comportamientos selectivos (requieren cambios cualitativos en la dieta)</u></b>
12. Exige comida o aditivos especiales o no come
13. Exige comida especial, la prueba, se queja y deja de comer
14. No come con varios alimentos
15. Come pequeñas cantidades y después no quiere comer o ser alimentado
16. Prefiere comidas líquidas (más del 50% de la ingesta)
17. Acepta únicamente líquidos
<b><u>Disfagia orofaríngea (descoordinación neuromuscular oral en la ingesta)</u></b>
18. No abre la boca a menos que se provoque físicamente
19. Frunce los labios impidiendo la entrada de la comida
20. Cierra con fuerza la boca y aprieta labios y dientes impidiendo la entrada de la comida
21. Movimientos de boca o lengua que dificultan o impiden la entrada de comida
22. Acepta la comida y luego la escupe
23. Acepta la comida, pero no la traga
24. Acepta la comida, pero mantiene abierta la boca y la deja caer
25. Tose o se atraganta con la comida
26. Voz húmeda, "gorjeante"

Fuente: Montero Errasquin & Cruz Jentoft (2010)

<sup>56</sup> De acuerdo al grado evolutivo que presenta el paciente de la enfermedad se verá afectada en diferente medida su alimentación.

Una de las escalas más utilizadas para valorar el estado nutricional en este segmento poblacional es el Mini Nutritional Assessment (MNA). Los estudios de validación han demostrado su idoneidad respecto al resto de escalas en el paciente geriátrico ingresado en hospitales o instituciones. La escala MNA ha sido específicamente desarrollada para evaluar el riesgo de malnutrición en el anciano frágil, favoreciendo el desarrollo de intervenciones rápidas que beneficien el estado nutricional y que reduzcan las consecuencias de un mal aporte calórico-proteico<sup>4</sup>. La versión original consta de 18 preguntas, divididas en cuatro áreas nutricionales, incluyendo medidas antropométricas (Índice de masa corporal (IMC), circunferencia braquial, circunferencia del muslo y pérdida de peso), una valoración global (seis cuestiones relacionadas con el estilo de vida la medicación y el estado físico y mental), una valoración dietética (seis cuestiones relacionadas con el aporte dietético diario, problemas de ingesta y una valoración subjetiva), una cuestión sobre auto-percepción de la suficiencia de la ingesta y una sobre autovaloración de su estado de salud. . La puntuación máxima es de 30 puntos. Una puntuación inferior a 17 puntos se relaciona con malnutrición, un contaje entre 17 y 23,5 puntos indica un riesgo potencial de malnutrición y una puntuación de 24 puntos o superior se relaciona con un estado nutricional satisfactorio. El valor predictivo positivo del MNA es de 80,3%, la sensibilidad del 98% y la especificidad del 25% (Tarazona Santabalbina, y otros, 2009) <sup>57</sup>

Cuando las personas de la tercera edad comienzan a desarrollar deterioros cognitivos, la nutrición juega un papel central en el enlentecimiento del proceso. En estos pacientes se debe lograr ofrecerles alimentos variados, tratando de que en cada comida siempre haya alimentos de los distintos grupos.

También es fundamental realizar modificaciones en la consistencia de la misma teniendo en cuenta los problemas deglutorios que el paciente pueda poseer por el deterioro cognitivo y de comportamiento. (Rocamora Irlles, y otros, 2009)<sup>58</sup> Por esto tiene fundamental importancia la preparación de los alimentos para evitar posibles problemas. Se debe incentivar el consumo en caso de ser posible con la utilización de especias, entre otras cosas. Además de restringir alimentos únicamente en presencia de patologías asociadas que así lo requieran.<sup>59</sup> El deterioro en el paciente puede provocar que se encuentre distraído y lento durante las comidas, comprometiendo los hábitos alimentarios adecuados. Lo que

---

<sup>57</sup> Estudio descriptivo transversal en el que se evaluó a los pacientes ingresados en una institución geriátrica, el único criterio de inclusión fue el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, según criterios de la clasificación DSMIV y NINCDS-ADRDA. Se obtuvo una muestra de 52 pacientes sobre el total de 97 pacientes geriátricos ingresados en la institución en el momento de la realización del estudio.

<sup>58</sup> Estos problemas son de una elevada prevalencia en personas mayores, y aumentan de modo progresivo, además de por los deterioros mencionados, por la edad y la dependencia

<sup>59</sup> Como puede ser la diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad, entre otros.



puede provocar un desequilibrio nutricional que conlleve a la pérdida de peso y como consecuencia a la desnutrición.

Como es normal en el envejecimiento, la ingesta de alimentos declina a lo largo del tiempo, en la demencia los principales trastornos del apetito producen una disminución de la ingesta calórico-proteica y pérdida de peso. Se produce una intensificación del descenso de peso en orden a la progresión de la enfermedad.

La presencia de trastornos psicomotores presenta una correlación con cambios en la preferencia alimentaria hacia los hidratos de carbono, con una disminución en la ingesta proteica que podría llevar a que estas personas presenten un déficit proteico.

Al presentar un bajo consumo y gasto calórico diario es importante que posean una buena intervención nutricional para lograr un consumo adecuado de energía, lograr un equilibrio energético y conservar la masa muscular esquelética.

Como sostiene Escott Stump (2008)<sup>60</sup> lograr un tratamiento integral en la enfermedad requiere apoyo minucioso del cuidador, así como el uso estimado e informado de fármacos para optimar la función cognitiva, proveer protección neurológica y controlar el comportamiento alterado.<sup>61</sup>

La restricción en el consumo alimentario puede asociarse con una disminución en el apetito, que se asocia principalmente con dos factores que aparecen con frecuencia en los pacientes, la anorexia y la hiperfagia.

Conjuntamente con los cambios cerebrales que influyen en la regulación del hambre, disminución de los niveles de noradrenalina cerebral y de los niveles de neuropéptidos plasmáticos y cerebrales, se produce una disminución en el sentido del olfato y del gusto, entre los cuales hay una relación de dependencia; primero se desarrolla el olfato y luego como consecuencia el del gusto.

Se realizó una evaluación de la capacidad funcional de los ancianos con ésta enfermedad mostró que más del 70% eran independientes. En las actividades relacionadas con los alimentos, el 25% de los ancianos han mostrado una mayor necesidad de ayuda para consumirlas, mientras que el 22,5% tenía continencia urinaria y fecal. (Arones, Carabaja, Gonzalvo, Gonzalez, & Joyanes, 2003)<sup>62</sup>

La demencia generalmente causa cambios en los hábitos alimentarios, así pues, se considera a la malnutrición como una consecuencia del deterioro cognitivo. (Botella Trelis &

---

<sup>60</sup> A lo que agrega que el pronóstico actual de la enfermedad ha mejorado pero las causas más frecuentes de mortalidad abarcan problemas pulmonares, renales y cardíacas entre 2 y 20 años después del inicio de los síntomas.

<sup>61</sup> Esta información presente en el libro fue obtenida de: Reichman W. Alzheimer's disease: clinical treatment options. *Am J Manag Care*. 6:1125S, 2000.

<sup>62</sup> La muestra contó con la participación de 40 personas de ambos sexos, con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer por selección consecutiva. Se llevaron a cabo actividades de la vida diaria, valoración antropométrica, clínica y dietética.

Ferrero Lopez, 2004)<sup>63</sup>. Estos trastornos de conducta y de comportamiento pueden provocar dificultad para masticar y tragar, factores que deben tenerse en cuenta a la hora de la preparación de las comidas.

Hay diversos mecanismos que pueden ser responsables de la pérdida de peso en las diferentes etapas de la enfermedad: en la temprana se presenta deterioro del olfato y del gusto, disminución de la ingesta de alimentos debido al deterioro funcional, aumento de los requerimientos de energía por deambulación o agitación, aislamiento social, depresión y presencia de otras enfermedades adyacentes. Luego en etapas avanzadas no reconocen los alimentos, olvidan comer, tienen incapacidad para comer por sí solos, además presentan disfagia.

Esto indica la importancia de llevar a cabo una evaluación de la alimentación de ancianos con enfermedad de Alzheimer precoz, sobre todo porque es una enfermedad que gradualmente se vuelve incapaz de llevar a cabo sus actividades de rutina. (Machado, Caram Barreto, Abdala Frank, de Abreu Soares, & Laks, 2009)<sup>64</sup>

En general, estos pacientes necesitan la misma recomendación de vitaminas y minerales que los jóvenes y además presentan una disminución de las necesidades calóricas en un 25%, aunque esta disminución energética no tiene diferencias con las de un anciano sano. Para asegurar el consumo de todos los nutrientes esenciales la alimentación debe comprender alimentos de los cinco grandes grupos. La demencia generalmente causa cambios en los hábitos alimentarios, así pues, se considera a la malnutrición como una consecuencia del deterioro cognitivo. (Botella Trelis & Ferrero Lopez, 2004)<sup>65</sup>

Es este deterioro progresivo de sus capacidades físicas y mentales, que le hace estar en condición de riesgo nutricional, a lo largo de la evolución será esencial la prevención, intervención precoz y asegurar un adecuado soporte nutricional. Llevar a cabo una alimentación equilibrada y conocer la forma más adecuada de adaptarla a la evolución del enfermo, deben ser básicos en su plan de cuidados y, tanto familiares como cuidadores deben tener conocimientos suficientes para formar parte activa del mismo. (Botella Trelis & Ferrero Lopez, 2004)

Las personas con demencia presentan dificultades relacionadas con la comida. Pueden olvidarse de cómo utilizar los cubiertos, o de si ya comieron, o comer cosas que no son alimentos. Si bien la enfermedad en sí misma, no es una indicación de un régimen

---

<sup>63</sup> También produce una disminución de los niveles de neuropéptidos en plasma y cerebro, y de noradrenalina cerebral, todos ellos estimulantes de la ingesta alimentaria.

<sup>64</sup> Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 40 hombres y mujeres mayores que viven en la ciudad de Río de Janeiro, frecuentadores de institutos de salud mental, con diagnóstico de Alzheimer según el criterio del DSM IV

<sup>65</sup> En el estudio se evaluaron a enfermos de la Asociación de Alzheimer de Valencia que viven en el domicilio familiar. Los parámetros estudiados fueron: sexo, evolución de la demencia, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, peso, hábitos dietéticos y frecuencia de consumo de alimentos, disfagia, aparición de complicaciones e información recibida por los cuidadores.

particular de comidas, hay que estar atentos porque frecuentemente comienzan a limitar la variedad de alimentos, incluso pueden comenzar a consumir elementos no comestibles. Se debe tratar de simplificar la tarea del paciente evitando atosigarlo con gran cantidad de platos; entregándole de a uno por vez, lo mismo que los utensilios. Hay que prestar atención si el paciente maneja bien los cubiertos, siendo probable la necesidad de tener que cortar las porciones, lo que se debe hacer con delicadeza para no frustrarlo. Tratando que coma siempre a la misma hora, y de ser posible, en el mismo lugar. Comer en otro ambiente o en lugares públicos puede desorientarlo. Se debe prestar atención a que no acumulen demasiados alimentos en la boca, y en caso de ser necesario se le debe recordar de modo amable que trague (Sarasola, Garcia Lombardi, & Buyatti, 2016)<sup>66</sup>

Las ingestas se deben realizar de forma fraccionada en pequeñas cantidades con un contenido calórico elevado y un aporte suficiente de todos los nutrientes en un horario fijo, en un ambiente tranquilo libre de distracciones. Una correcta valoración del estado nutricional debe formar parte del proceso diagnóstico y terapéutico de estas enfermedades, para desarrollar estrategias de intervención más personalizadas y precoces, orientadas a la prevención y/o, en su caso, al tratamiento de la misma, retardando la aparición de comorbilidades.<sup>67</sup>

La valoración del estado nutricional es un aspecto clave en la atención de los adultos mayores, aunque no existe una herramienta de referencia que permita definir de forma inequívoca la situación nutricional de un paciente, la intervención nutricional a través del diagnóstico-planificación-acción-evaluación, mejora la calidad de vida y garantiza la salud. (Ray S & Oropeza, 2014)<sup>68</sup>

En estos centros de atención especializada, es prioritario contar con personal capacitado para atender las necesidades en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos de este grupo poblacional. La geriatría como especialidad médica necesita un enfoque interdisciplinario, preventivo, rehabilitador y comunitario para dar una solución integral a los problemas del adulto mayor en toda su complejidad, con el objetivo de priorizar la prevención de la incapacidad y la dependencia a partir de una medicina de calidad, individualmente orientada a sus necesidades. Se trata de ampliar la esperanza y la calidad de vida para éstas personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas que están frágiles y discapacitadas.

---

<sup>66</sup> Se debe tener en cuenta que muchos pacientes no solicitan comida o comen muy poco comenzando a tener una disminución del peso.

<sup>67</sup> A través de diversas investigaciones se ha reconocido que el apoyo nutricional es un factor importante en el mejoramiento de la longevidad.

<sup>68</sup> Como sostienen los autores de éste artículo, el bienestar nutricional es parte integral del envejecimiento exitoso

Como sostiene Ray S & Oropeza (2014) está ampliamente reconocida la importancia que la nutrición tiene en el componente global de la salud y bienestar de las personas, lo que adquiere una dimensión particular en los adultos mayores, ya que su organismo será un reflejo de la nutrición en todas las etapas de la vida. El bienestar nutricional es parte integral del envejecimiento exitoso. El envejecimiento está condicionado por la interacción de factores genéticos y ambientales y una de sus características es la progresiva pérdida de masa muscular y cambios en la mayor parte de los sistemas. Por lo tanto, resulta esencial lograr y mantener un buen estado nutricional para garantizar la salud y el mantenimiento adecuado de las funciones orgánicas de estas personas. La valoración del estado nutricional constituye entonces un aspecto clave en la atención de la población adulta mayor.

Es fundamental, para los adultos mayores en centros geriátricos recibir evaluación nutricional por personal capacitado y en forma periódica, con fines preventivos, correctivos y de seguimiento.

El problema real al que tienen que hacer frente a la hora de alimentar a estos pacientes en los geriátricos es que ingieran la totalidad del plato que se les sirve. Para lograr esto se pueden tomar ciertas medidas como reducir las distracciones alrededor de las comidas como la televisión o la radio; evitar darles alimentos con temperaturas extremas y muy elaborados, preparándoles menús de alto valor nutricional y fáciles de comer, probando incorporar diferentes alimentos en los distintos días; además de tener en cuenta el aporte adecuado de líquidos para evitar la deshidratación y suministrarles vitaminas y minerales, restringiendo el consumo de bebidas azucaradas que únicamente proveen más sed a los pacientes.<sup>69</sup>

Se debe tener en cuenta la necesidad de modificar la consistencia de los alimentos ante diversos problemas que dificulten el consumo por parte de los pacientes, los alimentos deben ser cocidos más allá de su punto, facilitando la deglución. Se debe evitar la utilización de alimentos licuados ya que los mismos pierden el sabor, en caso de ser necesaria su utilización se deben brindar separados de los alimentos semisólidos. (Alzheimer, 2002)

La posibilidad de una intervención nutricional con modificaciones en la textura, consejo dietético y medidas posturales, puede mejorar el estado nutricional y consecuentemente el estado funcional, capacidad de relación, bienestar y autonomía de personas mayores con dificultades de alimentación o disfagia. El conocer el perfil de las dificultades de la alimentación, y sus relaciones con otras circunstancias, en las residencias puede ayudar a establecer estrategias para una mejor atención a las dificultades de alimentación. (Rocamora Irlles, y otros, 2009)

---

<sup>69</sup> Los adultos mayores tienen una serie de características diferenciales que obligan a un enfoque particular a la hora de atender sus necesidades



# Diseño metodológico

Los estudios observacionales son diseños de investigación cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. Las mediciones, se pueden efectuar a lo largo del tiempo, estudio longitudinal, ya sea de forma prospectiva o retrospectiva; o de forma única, estudio transversal. Por otra parte, éstos estudios pueden ser descriptivos, cuando lo que se procura es describir y registrar lo observado, como el comportamiento de una o más variables en un grupo de sujetos en un periodo de tiempo; o analíticos, que son aquellos que permiten comparar grupos de sujetos sin que exista un proceso de asignación de los individuos en estudio a una intervención determinada, siendo por ende el investigador un simple observador y descriptor de lo que ocurre. Se pueden utilizar para informar resultados en los ámbitos del tratamiento y la prevención, la etiología, daño o morbilidad; el diagnóstico, y el pronóstico e historia natural; escenarios en los que los estudios observacionales otorgan distintos niveles de evidencia, según el diseño en particular y el ámbito del que se trate. (Manterola & Otzen, 2014)<sup>70</sup>.

El estudio correlacional busca fundamentalmente determinar cuál es el grado en que las variaciones de uno o varios factores se relacionan con la variación en otros factores.

La elección del diseño de un estudio es una de las etapas más complejas en el proceso de investigación; pues en este, se han de tomar en consideración una serie de hechos como la información previa que existe respecto del tema, el diseño utilizado previamente; la factibilidad de conducir la investigación, etc

En lo que respecta al trabajo de investigación, se realizara de esta forma debido a lo expuesto a continuación:

Observacional debido a la presencia de una patología psiquiátrica en estos pacientes se realizara una observación de las conductas que tienen frente a los alimentos se les ofrecen en cada menú a partir de una grilla de observación, sin intervenir en su comportamiento.

Descriptiva ya que se busca especificar las particularidades que tienen estos pacientes con respecto a la elección de los alimentos del menú brindado, lo cual será evaluado mediante una toma de fotografías del menú antes y después del consumo con una numeración de los platos y se evaluarán. Además de analizarse el estado nutricional de los pacientes y las modificaciones que presentan en el consumo alimentario con respecto al grado de dependencia entre otras.

Correlacional debido a que tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre el estado nutricional, el consumo alimentario y el análisis del menú presente.

Longitudinal: se recogen los datos en un periodo de tiempo prolongado para obtener conclusiones acerca de diferentes menús brindados en los geriátricos a estudiar.

---

<sup>70</sup> Los estudios observacionales son los utilizados con mayor frecuencia en la investigación clínica.

**Selección de variables:**

**Edad:**

Definición conceptual: Cantidad de años que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Definición operacional: Cantidad de años que los pacientes han vivido desde su nacimiento registrado en la historia clínica de los mismos.

**Sexo:**

Definición conceptual: Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

Definición operacional: Se realizara una entrevista con los profesionales de la salud competentes para la investigación que estén a cargo de los pacientes.

**Peso:**

Definición conceptual: Volumen de una persona expresada en kilogramos.

Definición operacional: Volumen de cada paciente expresado en kilogramos que se observara de la historia clínica de los pacientes y se registra en grilla de observación. Son medidos con balanza de piso.

**Talla:**

Definición conceptual: Medida de una persona desde los pies a la cabeza.

Definición operacional: Medida del paciente desde los pies hasta la cabeza que se obtendrá mediante la media envergadura. Extensión del punto en el nivel del segmento central de la incisura yugular del hueso externo hasta el extremo distal de la falange distal del dedo medio derecho, sin considerar la uña. El resultado en cm se multiplica por 2 y ahí da como resultado la altura del paciente y se registra en grilla de observación.

**IMC:**

Definición conceptual: Indicador simple que relaciona el peso y la talla de los pacientes.

Definición operacional: Indicador simple que relaciona el peso y la talla de los pacientes que se analiza de acuerdo a un estándar de referencia. Clasificación: Déficit de peso: <23; Normal: 23.1 – 27.9; Sobrepeso: 28 – 31.9; Obesidad: >32 que será calculado luego de que se realicen las mediciones pertinentes.

**Grado evolutivo de la enfermedad:**

Definición conceptual: Estadio en el cual se encuentra la enfermedad que afecta la alimentación del paciente.

Definición operacional: Estadio en el cual se encuentra la enfermedad que afecta la alimentación del paciente que se clasifica en 5 estadios según el estudio Minimental (Bagnati, 2003)<sup>71</sup>:

- 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.

El dato se registra en grilla de observación y se obtiene por estudio Minimental ubicado en la historia clínica de los pacientes.

**Grado de deterioro cognitivo**

Definición conceptual: pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información. Las funciones cognitivas afectadas son principalmente:

- la memoria a corto, medio o largo plazo.
- las áreas del lenguaje (comprensión, Elaboración, vocabulario).
- las habilidades manuales (praxias).
- las funciones cerebrales de resolución de problemas o ejecución de acciones.
- los rasgos de la personalidad, que se ven comúnmente afectados en los casos de demencia con afectación de las áreas frontales cerebrales.

---

<sup>71</sup> Este estudio se utiliza para detectar el deterioro cognitivo del paciente y controlar la evolución de la enfermedad.



Definición operacional: pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información. Las funciones cognitivas afectadas son principalmente:

- la memoria a corto, medio o largo plazo.
- las áreas del lenguaje (comprensión, Elaboración, vocabulario).
- las habilidades manuales (praxias).
- las funciones cerebrales de resolución de problemas o ejecución de acciones.
- los rasgos de la personalidad, que se ven comúnmente afectados en los casos de demencia con afectación de las áreas frontales cerebrales.

El dato se observará de la historia clínica y se registrará en una grilla de observación.

**Estado Nutricional:**

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Definición operacional: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Se medirá utilizando mediciones del peso, talla, IMC. En caso de no ser posible la medición se consultara con la nutricionista a cargo sobre el estado del paciente en el último tiempo.

IMC en adultos mayores

<b>Clasificación nutricional</b>	<b>IMC</b>
Déficit de peso	≤ 23
Normal	23.1 – 27.9
Sobrepeso	28 – 31.9
Obesidad	> 32

Fuente: Adaptado de Sociedad Argentina de Nutrición

**Actitud del paciente frente a los alimentos que se le ofrecen en las comidas:**

Definición conceptual: Comportamiento normal de los pacientes relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

Definición operacional: Comportamiento normal de los pacientes relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos a través de una observación en los pacientes en la cual se analizaran las preferencias y actitudes que tienen los mismos frente a los alimentos. Los datos se registran en la grilla de observación.

**Evaluación de la Ingesta alimentaria:**

Definición conceptual: Cantidad de alimentos que la persona consume como así también la frecuencia con que lo hace, teniendo en cuenta con quien come, horarios de comida, quien cocina, donde come y cantidad de comidas que realiza esa persona por día.

Definición operacional: Cantidad de alimentos que el paciente endogeriatrico consume como así también la frecuencia con que lo hace, teniendo en cuenta con quien come, horarios de comida, quien cocina, donde come y cantidad de comidas que realiza esa persona por día, que se obtendrá a partir de la encuesta con el personal, la toma de fotografías y la observación de los momentos de alimentación y se registrara en la grilla de observación.

**Análisis del menú brindado:**

Definición conceptual: Observación del conjunto de platos que componen una comida.

Definición operacional: Observación del conjunto de platos que componen una comida a través de fotografías que se le realizaran a menús elegidos al azar antes y después de la misma para evaluar si se otorga una variación adecuada de alimentos y determinar la elección de los alimentos que realizan los pacientes en el momento del consumo y se registrarán en la grilla de observación.

**Grado de Dependencia alimentaria:**

Definición conceptual: Necesidad de ayuda para alimentarse que requieren determinados pacientes de acuerdo a su estado clínico.

Definición operacional: Necesidad de ayuda para alimentarse que requieren los pacientes endogeriatricos con estadios avanzados de la enfermedad, de acuerdo a su estado clínico que se determinara por un trabajo interdisciplinario entre el medico clínico, personal de enfermería y nutricionistas a cargo de los mismos, que se registrara en grilla de observación.

**Elección alimentaria que realiza el paciente sobre los alimentos que se le presentan en cada comida:**

Definición conceptual: Acción de elegir alimentos que se encuentran dentro de un menú brindado.

Definición operacional: Acción de elegir alimentos que se encuentran dentro de un menú brindado, por parte de los pacientes, se observara a través de fotografías antes y después de cada comida en pacientes determinados al azar, que se registrara en la grilla de observación.

**Consistencia de los alimentos que se les ofrecen a los pacientes:**

Definición conceptual: Atributo de calidad textural.

Definición operacional: Atributo de calidad textural que se observará en los distintos menús y se clasificara de acuerdo a si es líquido, semilíquido o sólido, que se registrara en grilla de observación.

**Nivel de capacitación del personal de cocina:**

Definición conceptual: Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes del personal de todos los niveles para que desempeñen mejor su trabajo en la institución pertinente.

Definición operacional: Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes del personal de los geriátricos de todos los niveles para que desempeñen mejor su trabajo, que se evaluara mediante una entrevista realizada al personal profesional donde se indaga con preguntas abiertas.

**Tiempo de duración de las comidas:**

Definición conceptual: Tiempo destinado al consumo de los alimentos que los pacientes tienen.

Definición operacional: Tiempo destinado al consumo de los alimentos que los pacientes tienen que se medirá durante tres semanas mediante la observación de las comidas y se registrara en una grilla de observación.

**Modificaciones en los gustos alimentarios:**

Definición conceptual: Cambio que la persona experimenta en sus preferencias de sabores de los alimentos.

Definición operacional: Cambio que el paciente experimenta en sus preferencias de sabores de los alimentos, que se evaluara en la entrevista con el personal y en la observación a los pacientes en los momentos de alimentación.

**Presencia de trastornos de conducta alimentaria:**

Definición conceptual: Enfermedades psiquiátricas, que se caracterizan por presentar una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial. En consecuencia aparece una malnutrición que afecta a todo el organismo y al funcionamiento cerebral, lo que perpetúa el trastorno mental de pacientes. (Madruga Acerete, Leis Tabrazo, & Lambruschini Ferri)

Definición operacional: Enfermedades psiquiátricas, que se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial. En consecuencia aparece una malnutrición que

afecta a todo el organismo y al funcionamiento cerebral, lo que perpetúa el trastorno mental de pacientes. (Madrugá Acerete, Leis Tabrazo, & Lambruschini Ferri). Se preguntará la presencia de los mismos en la entrevista que se realizara con el personal de salud.

**Influencia del tratamiento medicamentoso en la alimentación:**

Definición conceptual: Intervenciones ambientales, conductuales, psicológicas, terapias sociales de la persona, colaboran para mejorar la enfermedad en su evolución. (Bagnati, 2003)

Definición operacional: intervenciones ambientales, conductuales, psicológicas, terapias sociales de la persona, colaboran para mejorar la enfermedad en su evolución. (Bagnati, 2003) que será evaluado en la entrevista con la nutricionista a cargo.

**Capacitaciones realizadas sobre el Alzheimer:**

Definición conceptual: Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes del personal de todos los niveles para que desempeñen mejor su trabajo en lo que respecta al Alzheimer.

Definición operacional: Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes del personal profesional de todos los niveles para que desempeñen mejor su trabajo en lo que respecta al Alzheimer que se evaluara mediante una encuesta que se realizara al personal pertinente.

**Métodos de cocción que se utilizan en la cocina de la institución:**

Definición conceptual: Técnicas culinarias con la que se modifican los alimentos crudos mediante la aplicación de calor para su consumo.

Definición operacional: Técnicas culinarias con la que se modifican los alimentos crudos mediante la aplicación de calor para su consumo que se evaluara mediante una encuesta que se le realizara al personal y a través de la toma de fotografías de los diferentes menús brindados.

A continuación, se presentará el consentimiento informado:

El siguiente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar el estado nutricional, consumo alimentario y análisis del menú brindado en pacientes con Alzheimer en residencias para adultos mayores con atención psiquiátrica de la ciudad de Mar del Plata y corresponde a la tesis de Licenciatura de Mariana Piñero. Los fines de la encuesta son meramente académicos; Se garantiza secreto estadístico y confidencial de la información brindada por los encuestados exigidos por la ley. La encuesta no provocará ninguna complicación ni implicará gasto económico. La decisión de participar es voluntaria. Le solicitamos su autorización para participar de este estudio. Muchas gracias. Mariana Piñero Estudiante de la Lic. en Nutrición Universidad FASTA. Facultad Ciencias Médicas.

Yo ..... en mi carácter de encuestado, habiendo sido informado sobre los objetivos y características del estudio “estado nutricional, consumo alimentario y análisis del menú brindado en pacientes con Alzheimer en residencias para adultos mayores con atención psiquiátrica de la ciudad de Mar del Plata”

Acepto participar de la encuesta SI  NO

Firma \_\_\_\_\_

La investigación se organizó mediante una grilla de observación: antes del consumo se realizará una entrevista a la nutricionista que trabaja con los pacientes y un análisis del menú pertinente, con toma de fotografías sobre lo que se les ofrece para consumir. Durante la alimentación se observó el comportamiento del paciente a través de una grilla observacional, además de una descripción de lo observado; y luego del consumo se tomarán fotografías para determinar lo que el paciente consumió de lo ofrecido para poder arribar a conclusiones.

Guía de observación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

Estado nutricional \_\_\_\_\_ Grado evolutivo de la enfermedad: \_\_\_\_\_

<b>Actitud frente a los alimentos</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Mezcla y juega con la comida		
Habla permanentemente durante la comida y no come		
Deja la mesa durante la comida		
Ignora o no reconoce la comida		
Come con suficiente diversidad		
Solo consume lo que le gusta		
Utiliza las manos en vez de los cubiertos		
Cantidad consumida en cada bocado	Poco	Normal
Rechaza la comida		
<b>Consistencia</b>		
Acepta líquidos		
Acepta solidos		
Consume procesado		
Consume comida cortada		
<b>Evaluación de la ingesta</b>		
Acepta la comida pero no la traga		
Acepta la comida pero se le cae porque mantiene la boca abierta		
<b>Dependencia alimentaria</b>		
Se alimenta por sí mismo		
Requiere ser alimentado intermitentemente		
Únicamente come si se lo alimenta		
<b>Tiempo de alimentación</b>	<b>De:</b>	<b>A:</b>

Fuente: Elaboración propia

Toma de fotografías sobre el menú principal y el postre de los pacientes:

Comida		Postre	
Pre	Post	Pre	Post

Fuente: Elaboración propia

Entrevista a realizarle a la nutricionista

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

▪ Tiempo que hace que trabaja en la institución. \_\_\_\_\_

▪ ¿Ha realizado talleres o capacitaciones sobre Alzheimer? SI  NO

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

▪ ¿El personal de cocina recibe capacitaciones periódicas? SI  NO

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

▪ ¿Cuáles son los aspectos que considera al realizar el mosaico de menú?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ ¿Cuáles son los horarios de alimentación? ¿Por qué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ ¿Cómo se organiza la comensalidad de los pacientes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ ¿Qué cantidad de comidas se les brindan por día a los pacientes?

\_\_\_\_\_ comidas

▪ ¿Cuáles son los métodos de cocción que se utilizan en la institución y por qué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ ¿Cuáles son los menús que tienen mayor y menor aceptabilidad?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ ¿Qué opina usted frente a las preferencias alimentarias de los pacientes a medida que la enfermedad evoluciona?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Cuántos pacientes considera usted que requieren ayuda para alimentarse?

---

---

- ¿Qué adaptaciones realiza usted en la alimentación del paciente según la medicación que recibe?

---

- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que manifiestan sus pacientes sobre la alimentación que se les brinda?

---

---

---

- ¿Qué opina usted sobre las capacitaciones del personal que atiende al paciente?

---

---

---

- Usted desea ampliar algún otro aspecto:

---

---





# Análisis de datos

La recolección de datos se realizó en el periodo de tiempo de Septiembre- Octubre de 2016. Se efectuó de tres formas: primero se realizó una entrevista con la nutricionista de las instituciones, se observaron las historias clínicas de los pacientes además de información obtenida a través de charlas con los distintos trabajadores de las instituciones pertinentes. Luego se tomaron fotografías de los platos presentados a pacientes en el almuerzo de diversos días de la semana y se contempló a los mismos en el momento de alimentarse mediante una grilla de observación sobre determinados factores además de una descripción de cada uno de los mismos. Registrándose posteriormente otra fotografía de cada plato luego de la alimentación para percibir cuales fueron los residuos.

Se encuentran 16 pacientes con diagnóstico de Alzheimer en la institución nº 1 y 14 en la nº 2. El comedor de los pacientes que se alimentan por su cuenta abre sus puertas a las 12 hs. Los pacientes que requieren asistencia son alimentados a las 11:30 hs en la biblioteca. Las mucamas les dan de comer a los mismos.

Las instituciones cuentan con una cocinera y una ayudante de cocina. Cuentan con dos menús efectuados por la nutricionista a cargo, uno de invierno y uno de verano que contienen 14 listas diarias cada uno. Se busca que haya carne en una comida de cada día y en la otra se reemplaza por hidratos de carbono.

Con respecto a los planes de alimentación, además del régimen general se encuentran el hiposódico, hipoprotéico, para diabéticos, adecuado gástrico y 3 días de evolución de la diarrea.

Las capacitaciones realizadas del personal de cocina se organizan y se brindan según lo que se sea necesario en cada hogar. Una limitación presente es la disponibilidad de tiempo tanto del personal como de la nutricionista.

Consultando con la nutricionista no se realizan modificaciones en el menú por la toma de medicación, en casos particulares se habla con el médico psiquiatra sobre todo cuando refieren no tener apetito para ver si puede haber un cambio en la medicación que estimule el apetito de los mismos.

Los pacientes tienen preferencia alimentaria por lo dulce, por esto a los pacientes avanzados que consumen procesado se le agrega ensure, gelatina o postres dulces para endulzar la preparación y así tienen mejor consumo por parte del paciente. Cada paciente tiene su lugar asignado en el comedor para mantener en orden el lugar.

Luego se realizó la toma de fotografías con observación de la actitud de los pacientes frente a los alimentos. Para la Elaboración de la matriz de datos y de fotografías se utilizó Microsoft Excel 2010.

A continuación, se adjuntará el análisis detallado por pacientes indicando datos personales relevantes y del consumo alimentario incluyendo fotografías del plato antes y después del consumo para evaluar los residuos, además de una breve descripción individual acerca de la actitud de los mismos frente a los alimentos.

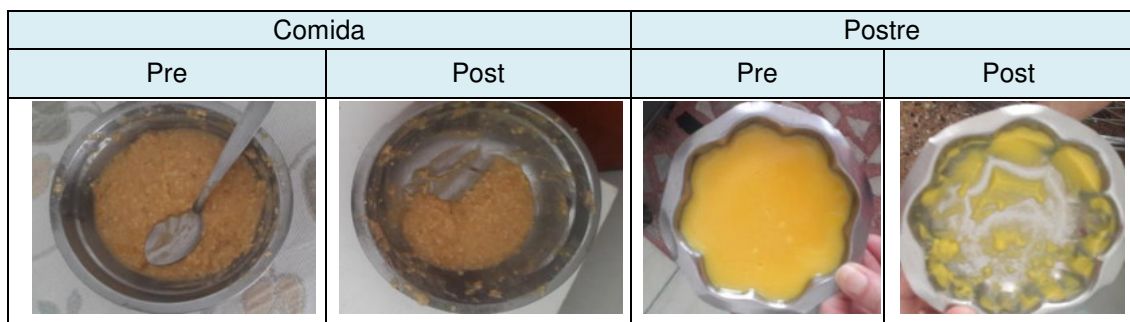
Paciente nº1:

Cuadro nº 1:

Sexo	Masculino
Edad	87 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Procesado
Dependencia alimentaria	Alimentación asistida
Ingesta alimentaria	Buena, solo consume los procesados que le gustan.
Actitud frente a los alimentos	Por momentos se niega a ser alimentado
Otros	Postrado

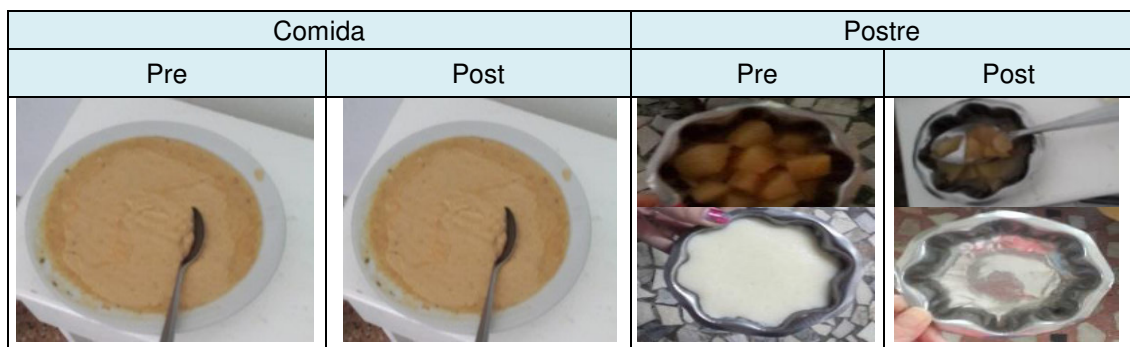
Fuente: Elaboración propia

Día 1



Fuente: Elaboración propia

Día 2



Fuente: Elaboración propia.

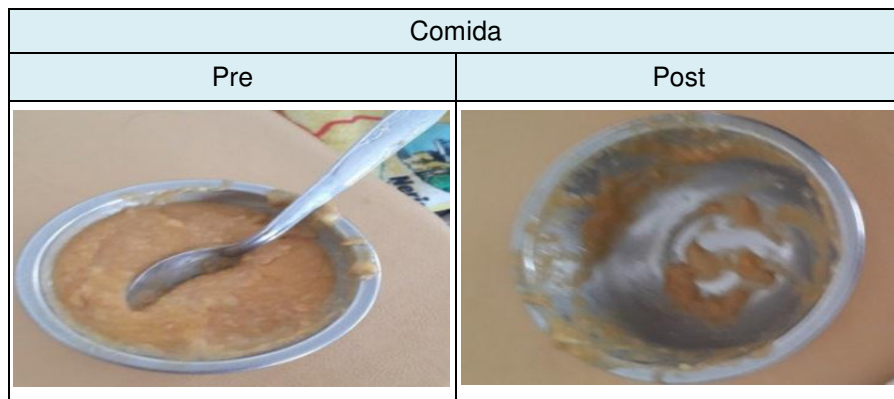
Mira un punto fijo mientras se lo alimenta. Mueve las piernas mientras le dan de comer. Los postres los consume siempre. Comió 2 bocados de comida en el primer encuentro y la segunda vez consumió la mayor cantidad del plato. Se duerme mientras lo alimentan. Le gustan los postres de leche que están reforzados con ensure. Le dan compota también.

Paciente nº 2

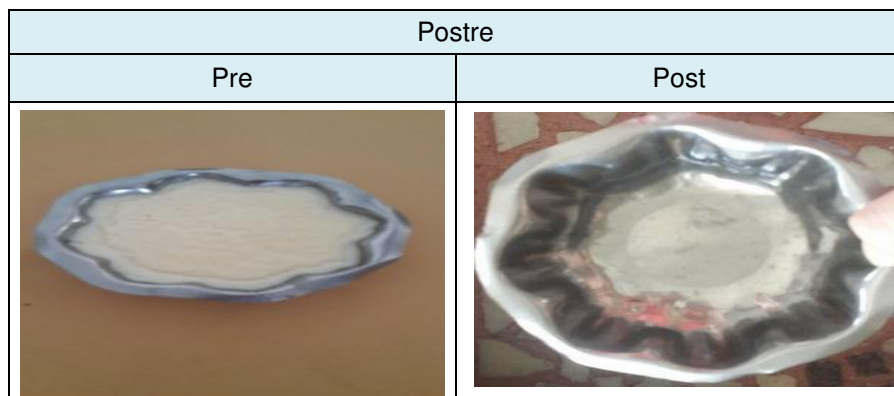
Cuadro nº 2:

Sexo	Femenino
Edad	95 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	2
Deterioro cognitivo	Leve-moderado
Desorientación en tiempo y espacio	Si en tiempo y parcialmente en espacio
Plan de alimentación	Procesado para diabéticos, hiposódico.
Dependencia alimentaria	Asistida
Ingesta alimentaria	Buena, deben insistirle para que trague
Actitud frente a los alimentos	Requiere estímulo.
Otros	No posee piezas dentarias, postrada

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

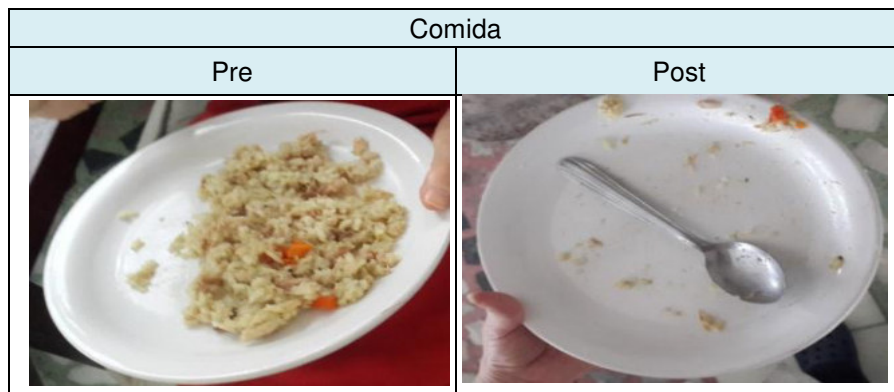
Requiere estímulo frente a las comidas. Se encuentra en silla de ruedas. Discurso incoherente. Dependiente en actividades de la vida diaria. Fallas globales de memoria. Juicio debilitado. Mira a quien le da de comer. Come a buen ritmo, pequeñas cantidades en cada uno de los mismos.

Paciente nº3

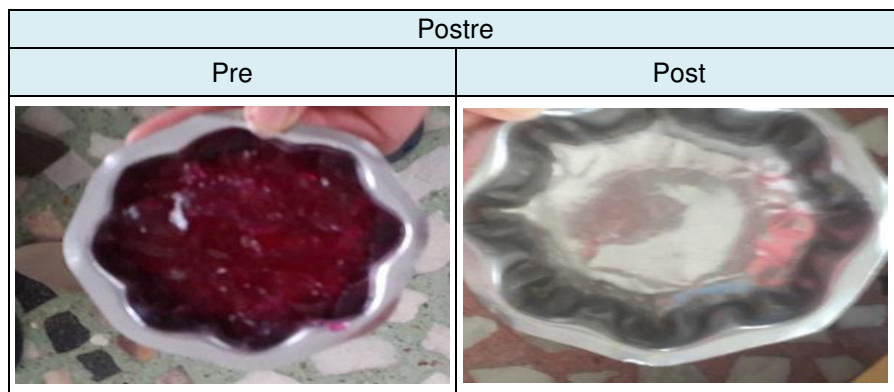
Cuadro nº 3:

Sexo	Femenino
Edad	82 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico con colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Se alimenta por si misma
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena, come con entusiasmo.
Otros	Limitada comunicación e interacción con personas.

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

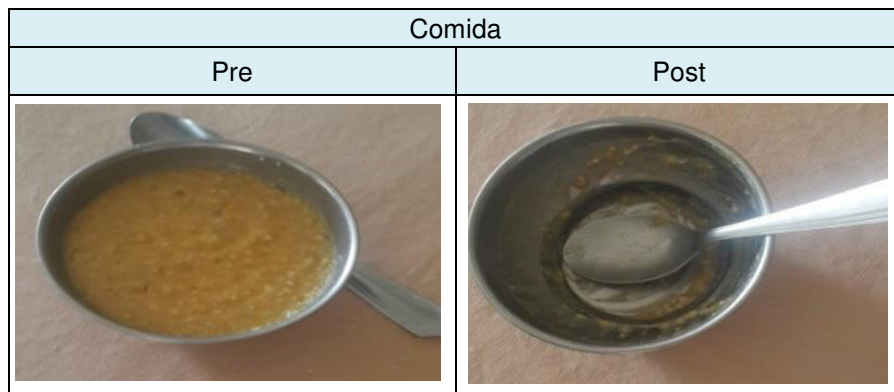
Come a gran velocidad. Habla mientras come. Únicamente se integra en el momento de comer. Se limpia la boca con la ropa. Habla incoherencias pero al momento de comer se concentra en alimentarse. Mezcla y juega con la comida. Se ayuda con las manos en cada bocado. Solo consume la comida cortada. Tiene buen ritmo de alimentación, come constantemente aun cuando el plato está vacío.

Paciente nº4:

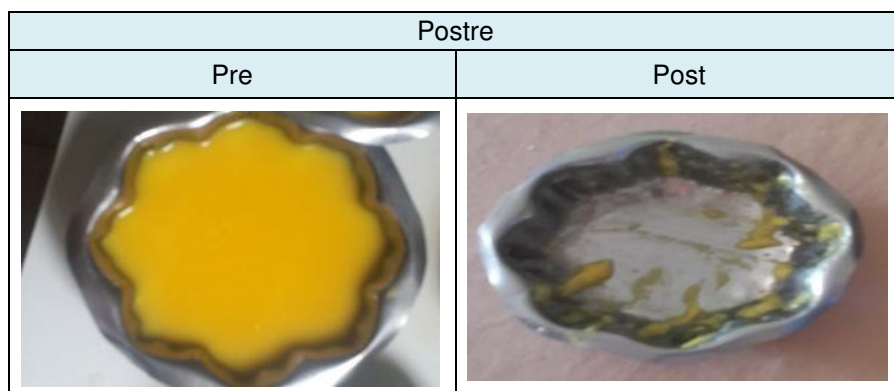
Cuadro nº 4:

Sexo	Masculino
Edad	79 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	3
Deterioro cognitivo	Moderado-severo
Desorientación en tiempo y espacio	
Plan de alimentación	Procesado hiposódico + Ensure Plus en colaciones
Dependencia alimentaria	Asistido
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena, por momentos requiere estímulo.
Otros	Postrado, le faltan piezas dentales

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

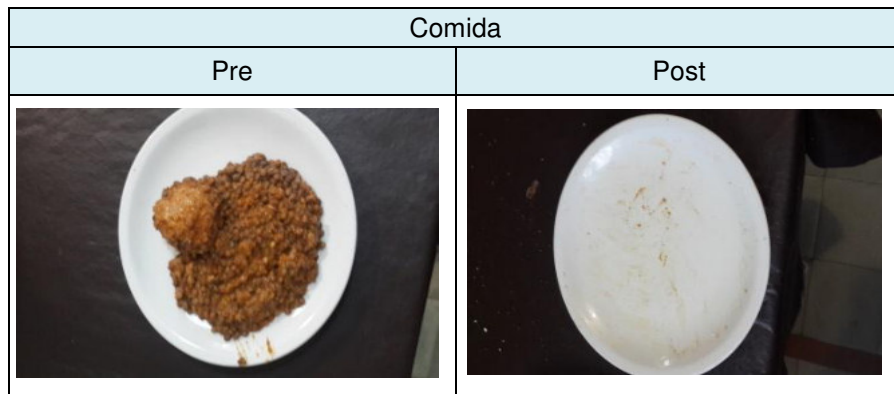
Comparte espacios comunes. Solo abre la boca para comer. Mira puntos fijos. Lloro cuando tiene hambre. El postre lo come con buen ritmo. Se duerme en la mesa, tienen que levantarlo la cabeza en cada bocado. Por momentos acepta la comida pero no la traga, deben insistirle para que lo haga. En cada bocado consume pequeñas cantidades.

Paciente nº 5

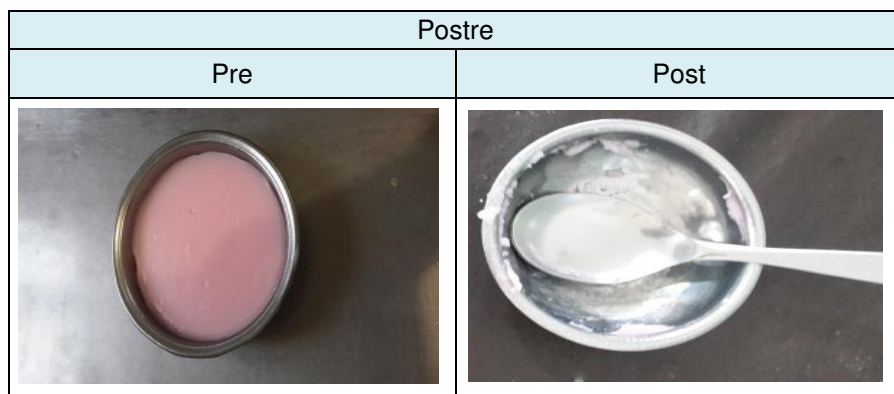
Cuadro nº 5:

Sexo	Masculino
Edad	77 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	2
Deterioro cognitivo	Moderado
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	General
Dependencia alimentaria	Se alimenta por si mismo
Ingesta alimentaria	Buena, solo consume lo que le gusta
Actitud frente a los alimentos	Buena, meticoloso en el consumo
Otros	Independiente en actividades de la vida diaria

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

Come con cuchara. Come pan con la comida. Buen ritmo de alimentación. Empuja la comida con el pan. Limpia el plato con el pan hasta que no queda salsa. Juega con los alimentos mientras limpia el plato con los mismos. En el momento de alimentarse se concentra en el plato. No habla con sus compañeros. Mira el plato constantemente y va consumiendo el plato en orden de afuera hacia adentro. Va girando el plato.

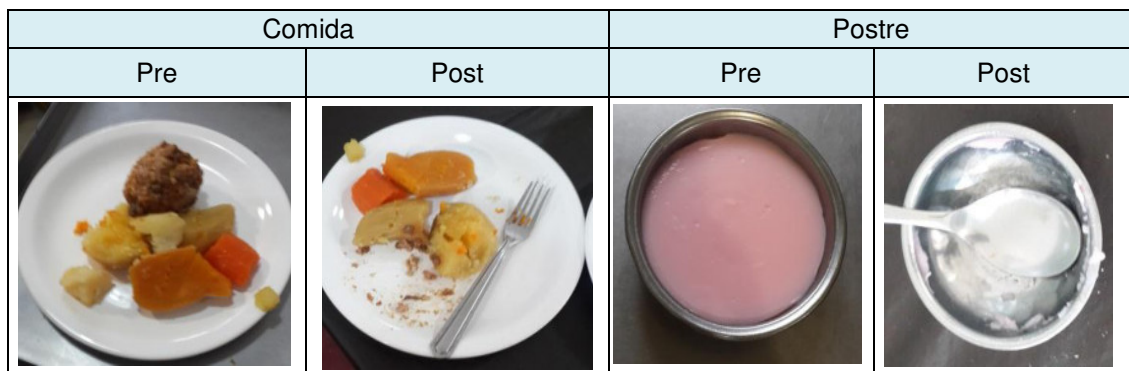
Paciente nº 6

Cuadro nº 6:

Sexo	Femenino
Edad	72 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	1
Deterioro cognitivo	Leve
Desorientación en tiempo y espacio	
Plan de alimentación	Hipocelulósico, hiposódico
Dependencia alimentaria	Se alimenta por sí mismo
Ingesta alimentaria	Buena, solo consume lo que le gusta
Actitud frente a los alimentos	Se queja siempre de la comida que le entregan y después la consume
Otros	

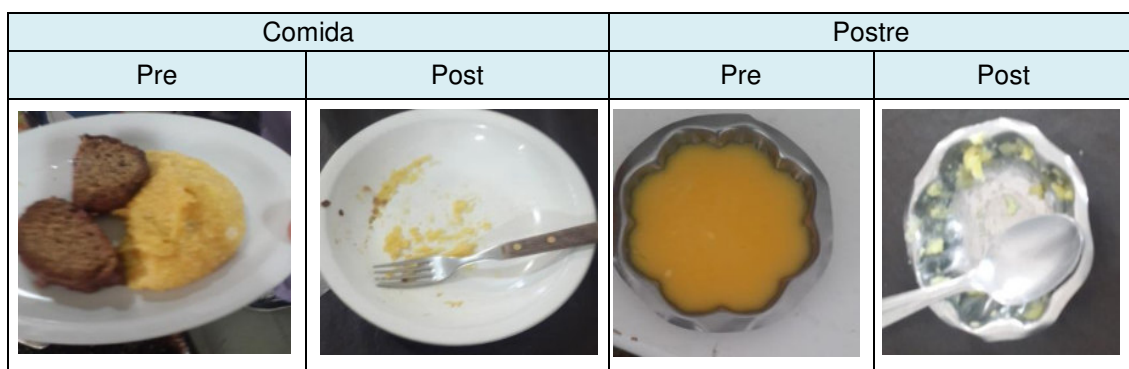
Fuente: Elaboración propia

Día 1



Fuente: Elaboración propia.

Día 2



Fuente: Elaboración propia.

No acepta las verduras. Luego de quejarse comienza a consumir con naturalidad y a buen ritmo. El postre lo come bien y sin quejarse. Mejor ritmo de alimentación con el postre. No habla con sus compañeros mientras se alimenta. Come despacio, luego de cada bocado mira a su alrededor, se dispersa y vuelve a concentrarse en comer. Juega con la comida, mueve el tenedor por todo el plato antes de comer.

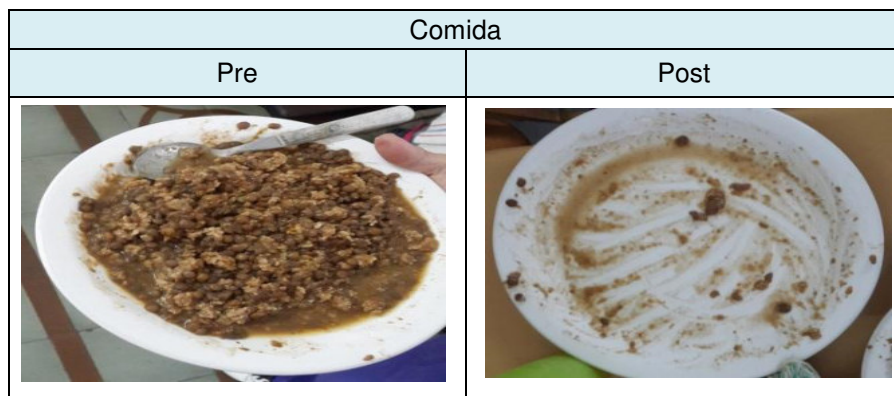


Paciente nº 7

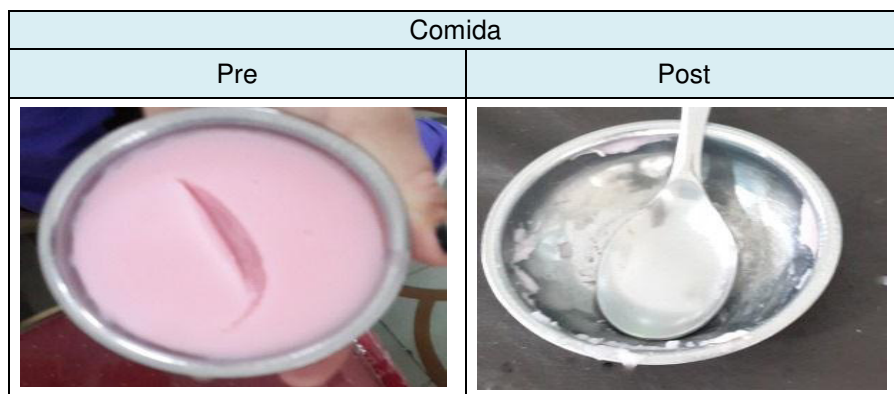
Cuadro nº 7:

Sexo	Femenino
Edad	64 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	3
Deterioro cognitivo	Moderado- severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Procesado
Dependencia alimentaria	Asistida
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena, excelente predisposición a alimentarse
Otros	Postrada

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

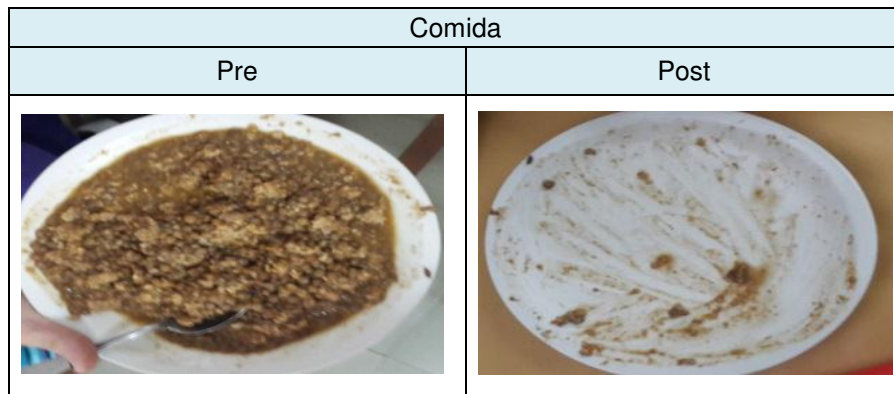
Habla mientras se le da de comer, y por esto demora su alimentación. Se le cae comida de la boca por hablar mientras come. Sonríe y por momentos llora. En el momento de consumir el postre lo hace con mayor constancia. Debe ser alimentada con constancia ya que si se pierde el ritmo de alimentación baja la cabeza y se duerme. Consume pequeñas cantidades en cada bocado. En los momentos en que se dispersa se olvida de tragar los alimentos y hay que hacérselo acordar. Se enoja cuando le piden que coma en vez de hablar.

Paciente nº 8

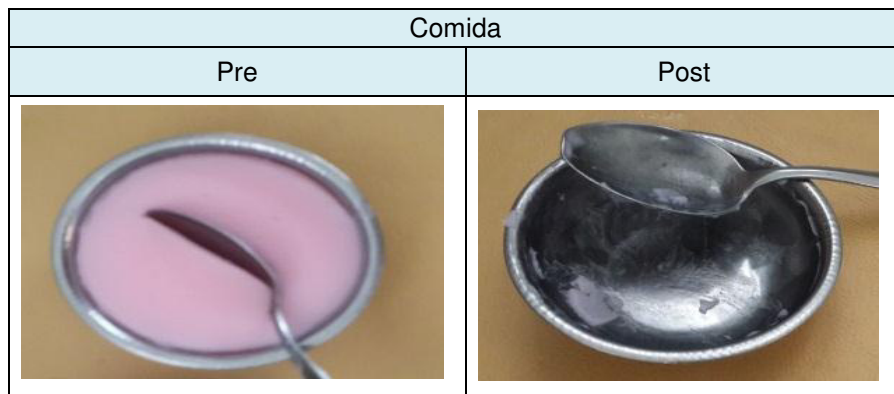
Cuadro nº 8:

Sexo	Masculino
Edad	85 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Procesado hiposódico
Dependencia alimentaria	Asistido
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Ne niega a alimentarse, deben insistirle
Otros	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

Mueve el pie mientras come. Mantiene durante toda la comida la mirada fija al piso. Cierra la boca para que no le den de comer. Mastica aunque es procesado lo que consume. Se pierde y se desorienta. Se limpia la boca constantemente con el repasador con lentitud. Mantiene cada bocado unos segundos en la boca. Consume pequeñas cantidades de alimento en cada cucharada. Por momentos rechaza la comida, es necesario insistirle para que se alimente. Solo consume lo que le gusta, si quedan restos de carne o grumos en el procesado los escupe.

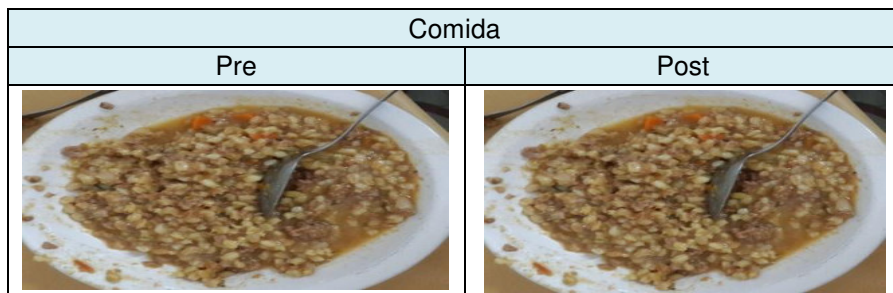
Paciente nº 9

Cuadro nº 9:

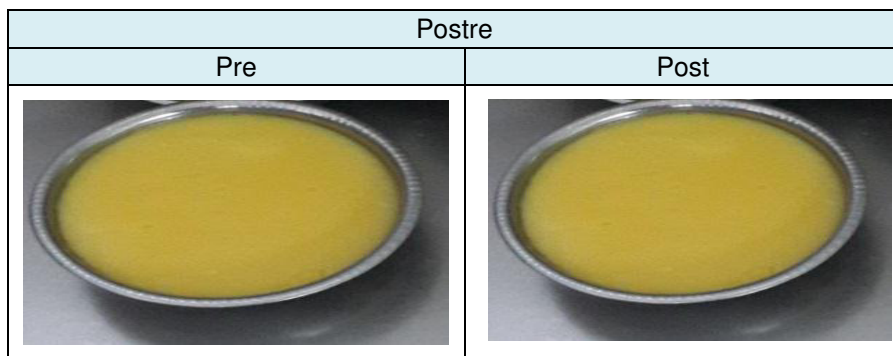
Sexo	Masculino
Edad	85 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	2
Deterioro cognitivo	Moderado
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Procesado hiposódico
Dependencia alimentaria	Asistido
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	

Fuente: Elaboración propia

Día 1 de alimentación del paciente

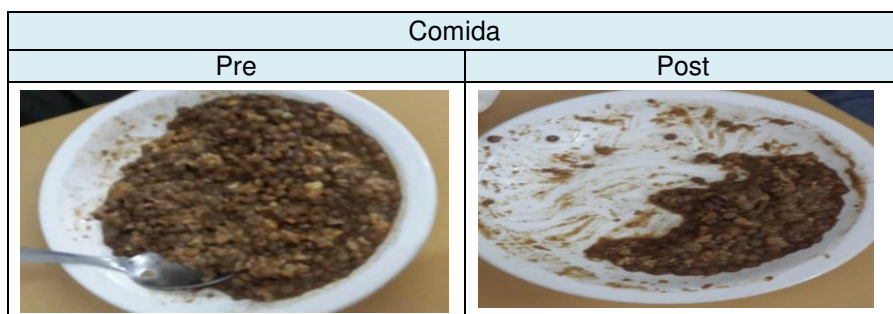


Fuente: Elaboración propia

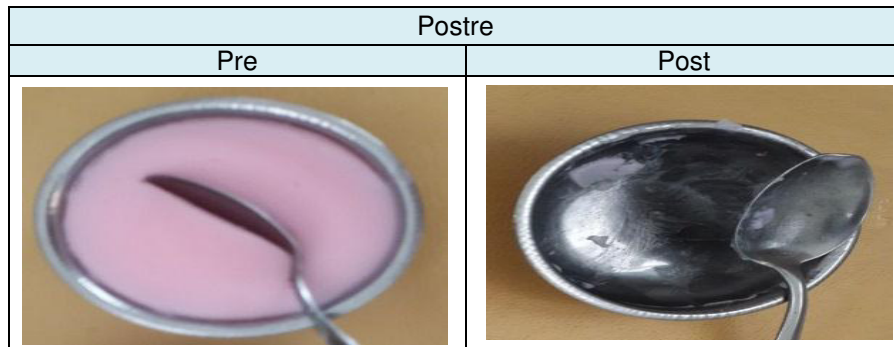


Fuente: Elaboración propia

Día 2 de alimentación del paciente

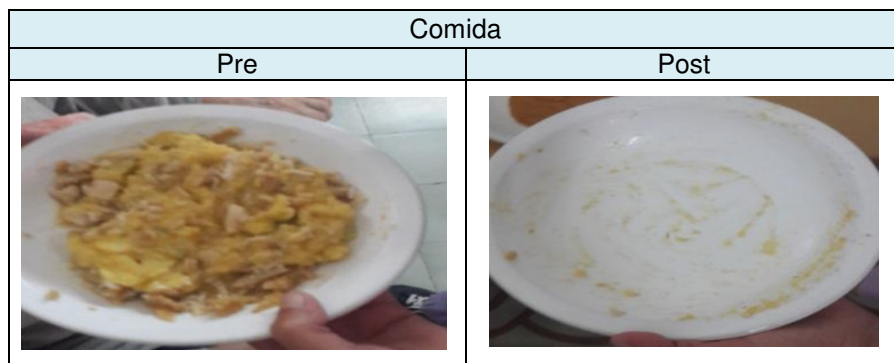


Fuente: Elaboración propia.

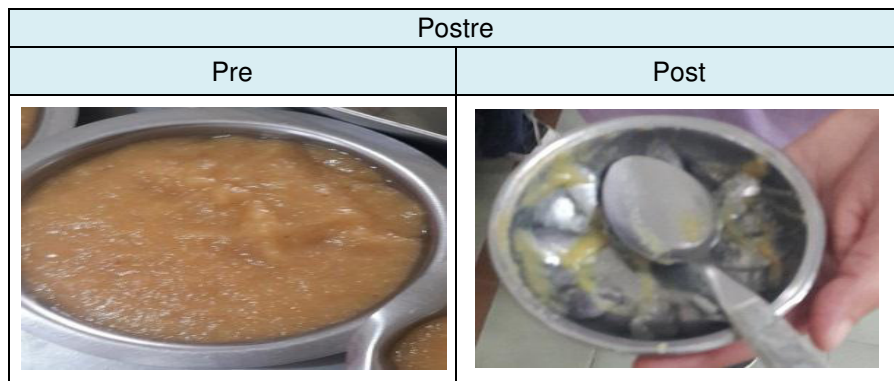


Fuente: Elaboración propia

Día 3 de alimentación del paciente



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

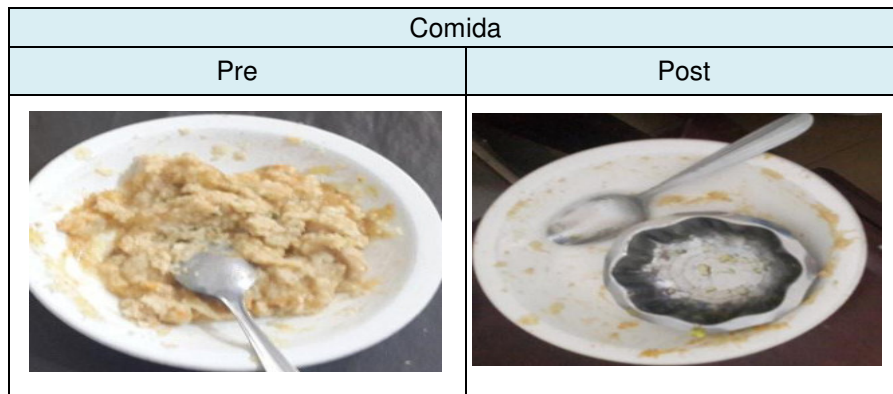
En el primer encuentro no quiso comer porque el hijo le había prometido que iba a ir a buscarlo y se demoró. Consultando con el personal cada vez que el hijo le promete que va a ir a buscarlo y se demora se rehúsa a alimentarse, en una ocasión al punto de rehusarse a ir a la biblioteca (lugar en donde se lo alimenta). Los días que el hijo lo alimenta o cuando el mismo no le indica que irá a visitarlo come perfectamente. Se duerme sentado si se demora en alimentarlo. Cuando se niega a alimentarse niega con la cabeza cuando le acercan la cuchara. Come bien con buen ritmo. Durante el segundo día se comió 3 sándwich de miga con el hijo anteriormente a la comida, por esto no se terminó el plato. Buena predisposición a alimentarse. Se quiere levantar cuando termina de comer por más que tenga contención.

Paciente nº 10

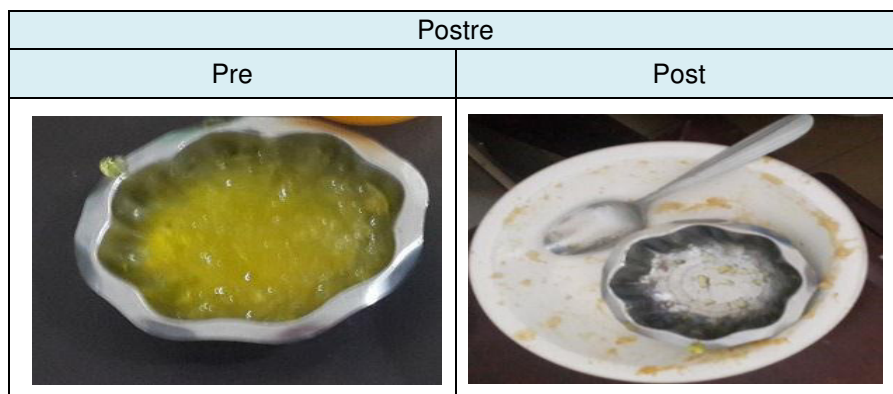
Cuadro nº 10:

Sexo	Masculino
Edad	79 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Procesado
Dependencia alimentaria	Asistido
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Rechaza la comida, deben obligarlo
Otros	Postrado, requiere ser alimentado en la cama

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

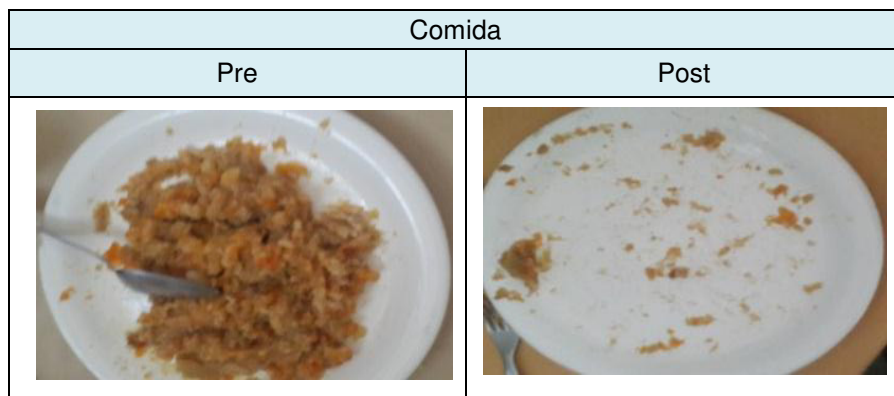
Hace movimientos con los brazos cuando le acercan una cucharada y se queja. Cierra los ojos en cada bocado que ingiere. Pone los brazos delante de la cara luego de cada cucharada de alimento. Con respecto al postre tiene mayor aceptabilidad, lo acepta de mejor forma y con mayor constancia. Toma bien los líquidos.

Paciente nº 11

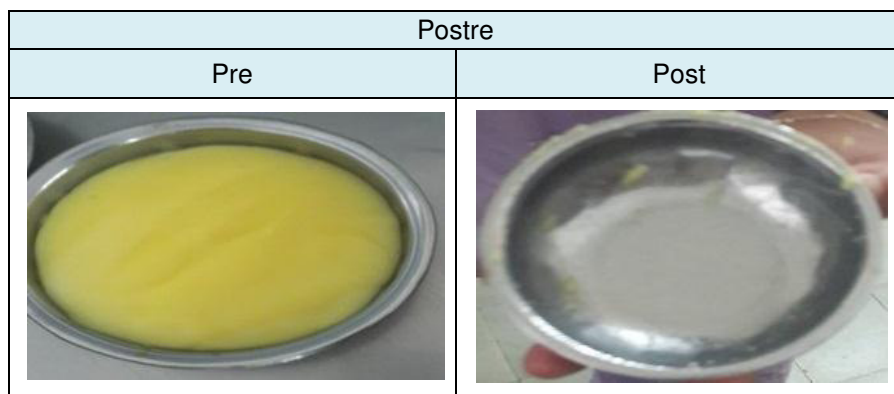
Cuadro nº 11:

Sexo	Masculino
Edad	74 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	3
Deterioro cognitivo	Moderado-severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico de consistencia blanda
Dependencia alimentaria	Intermitentemente
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Postrado

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboracion propia

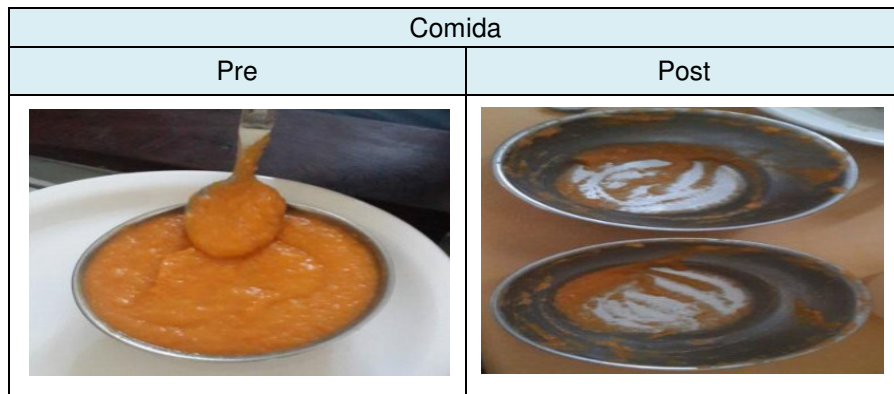
Se ayuda con las manos para comer. Se pierde la mirada mientras come y se le cae la comida de la boca. Generalmente le dan de comer. Mezcla y juega con la comida en los momentos que se alimenta solo. Se ayuda con las manos para colocar los alimentos en la cuchara. Consume pequeñas cantidades de alimento en cada bocado. Se lleva la cuchara vacía a la boca. El postre lo come con entusiasmo y constancia. Ocurre lo mismo con la cuchara sigue queriendo ingerir postre cuando ya se terminó su porción del mismo.

Paciente nº 12

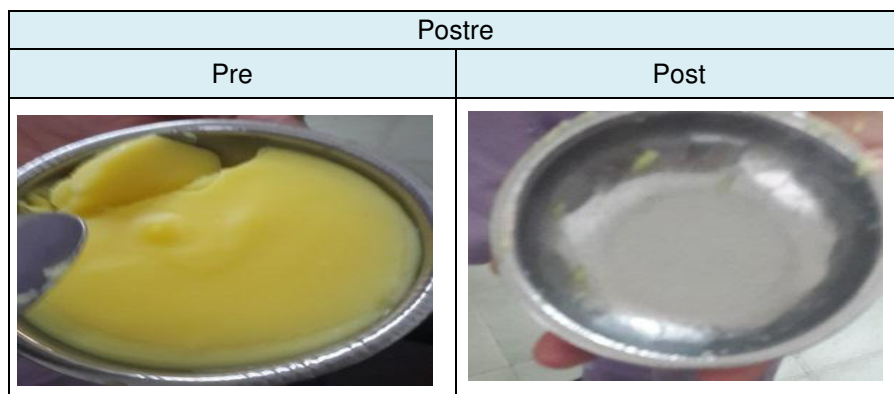
Cuadro nº 12:

Sexo	Femenino
Edad	90 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Asistido
Ingesta alimentaria	Buena, buen apetito
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Postrada

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

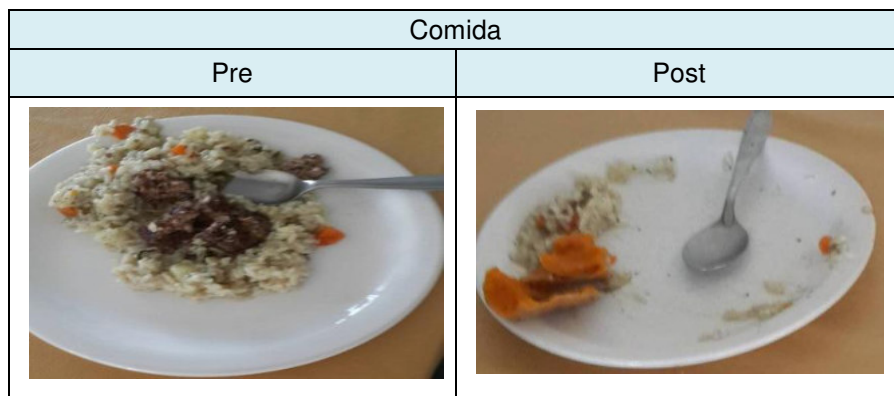
Come con ritmo continuo. Pide que le den más comida. Traga todos los alimentos sin problema. Luego de alimentarse se le pregunta quien le dio de comer y no lo recuerda. El postre lo consume con rapidez y entusiasmo.

Paciente nº 13

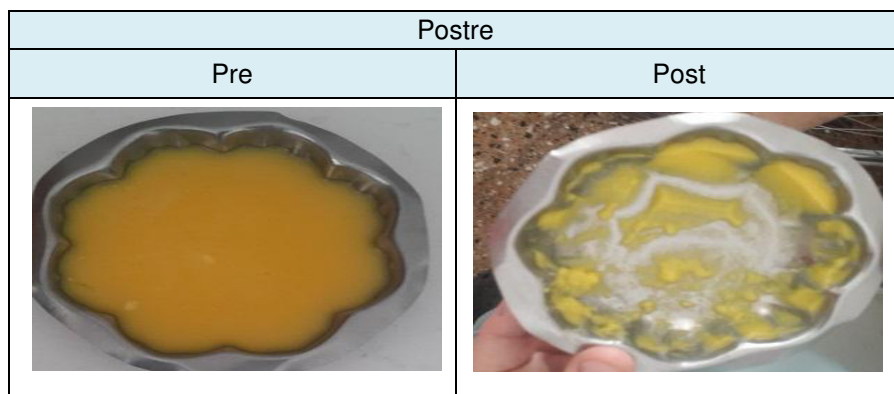
Cuadro nº 13:

Sexo	Femenino
Edad	96 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	3
Deterioro cognitivo	Moderado-severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Se alimenta por si misma
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena, pero se dispersa
Otros	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

Comparte espacios comunes pero no participa activamente. Mezcla y juega con los alimentos. Come pequeñas cantidades en cada bocado. Solo consume lo que le gusta y se le consulta sobre que quiere comer de lo que hay para el día. Por momentos se queda mirando un punto fijo y se le cae la comida de la boca por no tragar. Por esto está ubicada mirando la pared donde únicamente puede distraerse con sus compañeros que están sentados al lado de ella y no observa al resto del comedor presente al momento de la comida.

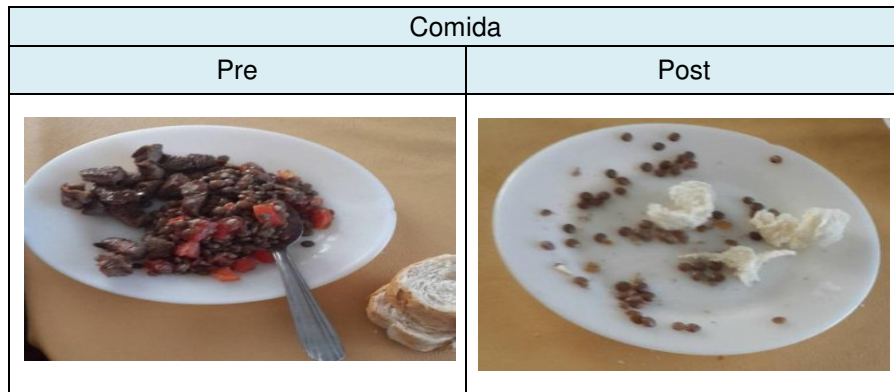


Paciente nº 14

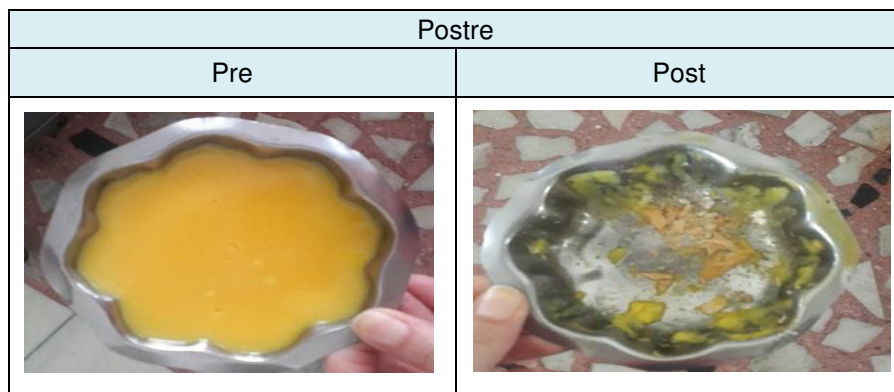
Cuadro nº 14:

Sexo	Femenino
Edad	75 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	1
Deterioro cognitivo	Leve
Desorientación en tiempo y espacio	Parcialmente en tiempo
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Se alimenta por si misma
Ingesta alimentaria	Buena pero selectiva
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Parkinson, postrada

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboracion propia

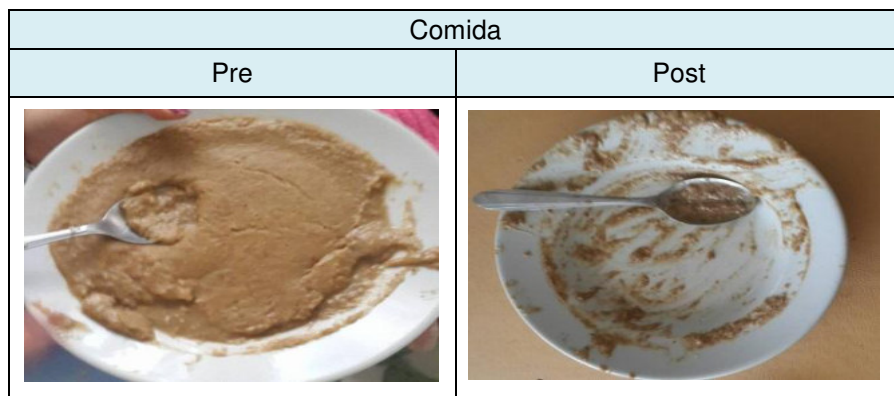
Come pan, mueve la cabeza mientras come. Comió todo el postre a ritmo acrecentado. Por momentos se le cae la comida de la boca ya que la mantiene abierta. Solo consume por sus medios la comida cortada. Consume a un ritmo lento y a cada bocado lo acompaña con una rodaja de pan que la ayuda a colocar los alimentos en el tenedor.

Paciente nº 15

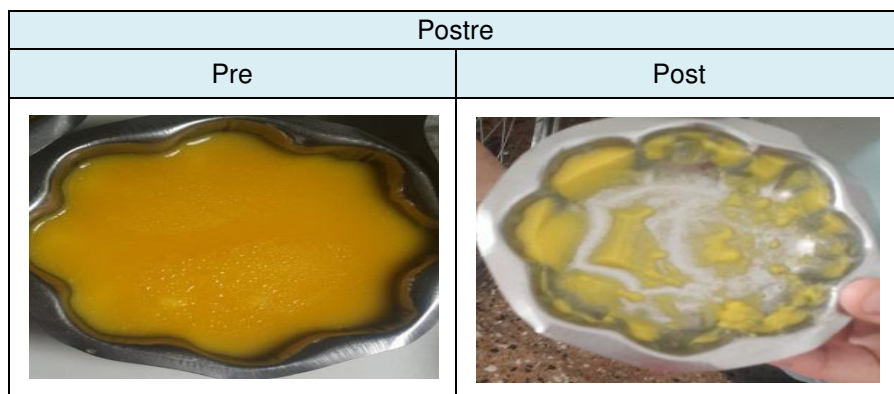
Cuadro nº 15

Sexo	Femenino
Edad	95 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	3
Deterioro cognitivo	Moderado-severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Procesado Hiposódico
Dependencia alimentaria	Asistida
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Postrada

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboracion propia

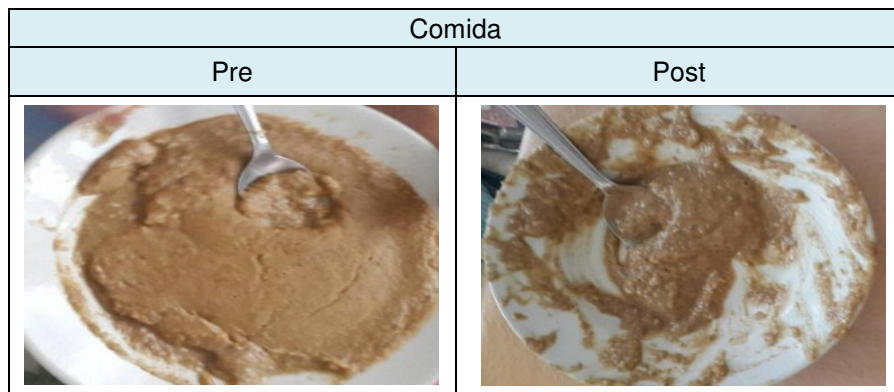
Habla en la mesa pero come correctamente a la vez. Se le agrega Ensure en polvo a algunos alimentos que consume.. Consume pequeñas cantidades en cada bocado y tarda unos segundos en tragar. El postre logra comerlo sola y con un buen ritmo de alimentación.

Paciente nº 16

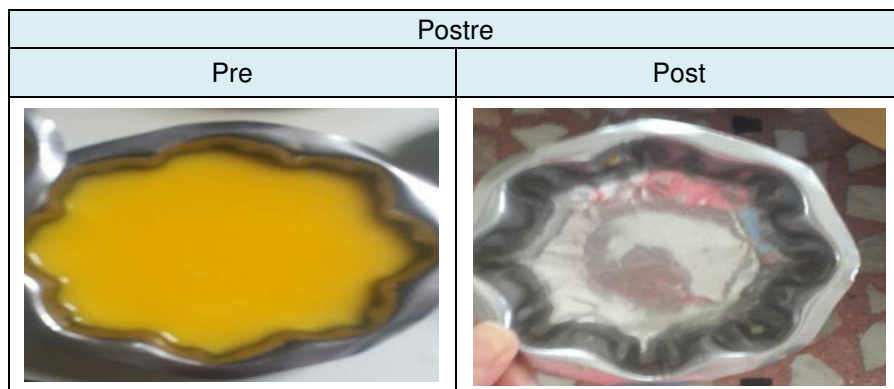
Cuadro nº 16

Sexo	Femenino
Edad	86 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	3
Deterioro cognitivo	Moderado-severo
Desorientación en tiempo y espacio	
Plan de alimentación	Procesado para diabéticos, hiposódico + colaciones hipercalóricas + Ensure en polvo
Dependencia alimentaria	Asistida
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Comparte espacios comunes, pero no se integra regularmente en actividades grupales.

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboracion propia

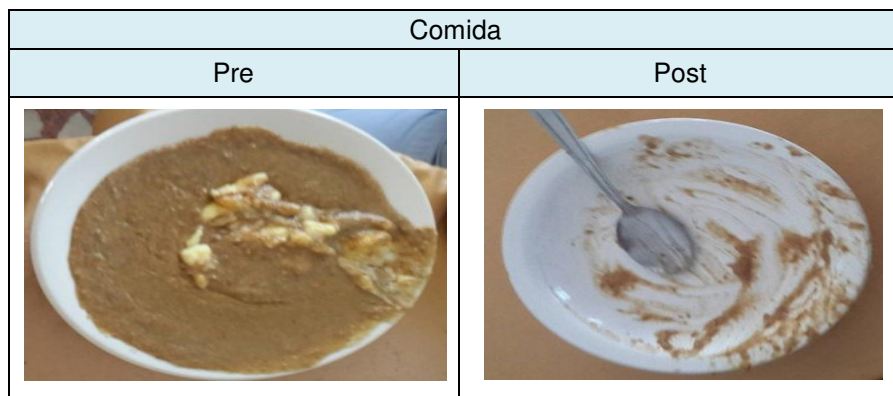
Agacha la cabeza luego de cada bocado. Se encuentra perdida. Le tiene que pedir la mucama que abra la boca. Apoya la cabeza en el pecho después de cada bocado. Rechaza el bocado si hay alimentos no triturados, o lo escupe.

Paciente nº 17

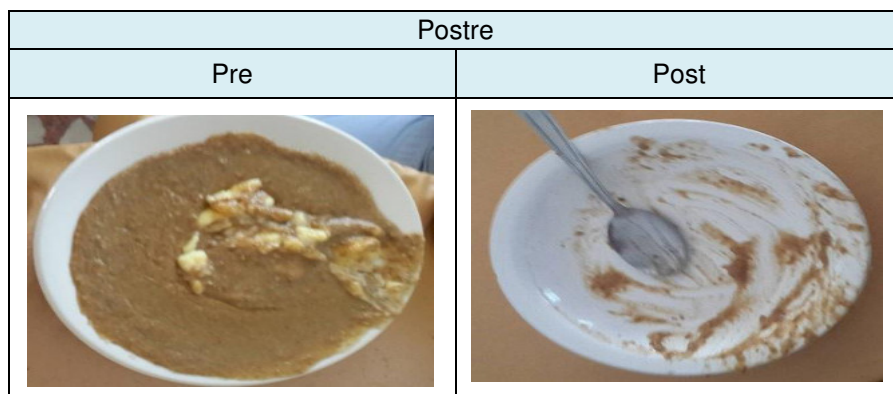
Cuadro nº 17:

Sexo	Femenino
Edad	82 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Procesado hiposódico para diabéticos
Dependencia alimentaria	Asistida
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Silla de ruedas

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

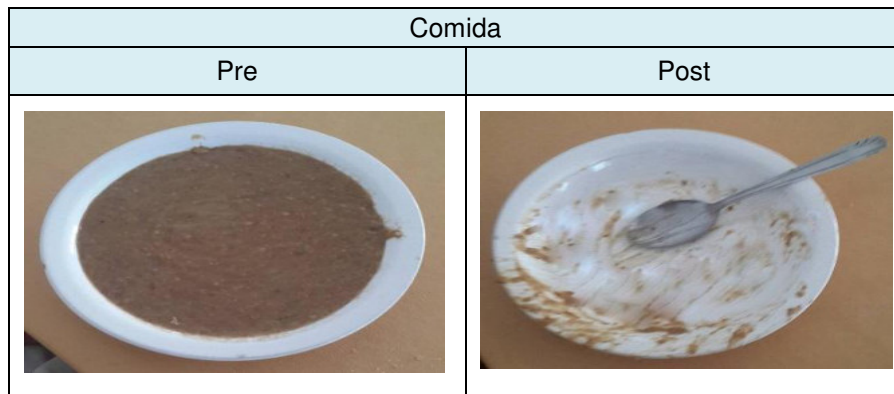
Para que comience a alimentarse deben mezclarle el procesado con el postre, la primera cucharada debe ser dulce y luego adquiere buen ritmo para alimentarse. Escupe la comida, los restos de carne picada. Tienen que hablarle para que coma. Consume pequeñas cantidades en cada bocado. Por momentos suele rechazar la comida, es fundamental el insistirle y luego la acepta. Tienen que pedirle que trague los alimentos sino mantiene la boca llena, y por momentos se le cae la comida ya que deja la boca abierta.

Paciente nº 18

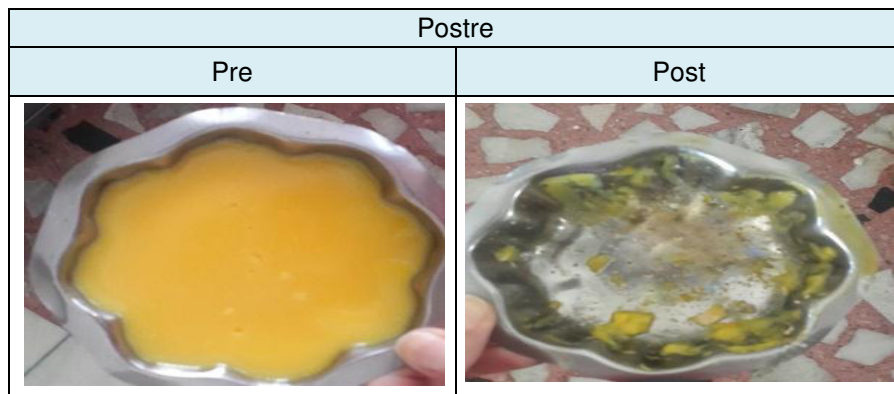
Cuadro nº 18:

Sexo	Femenino
Edad	86 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Asistida
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena, por momentos no reconoce la comida
Otros	Silla de ruedas

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboracion propia

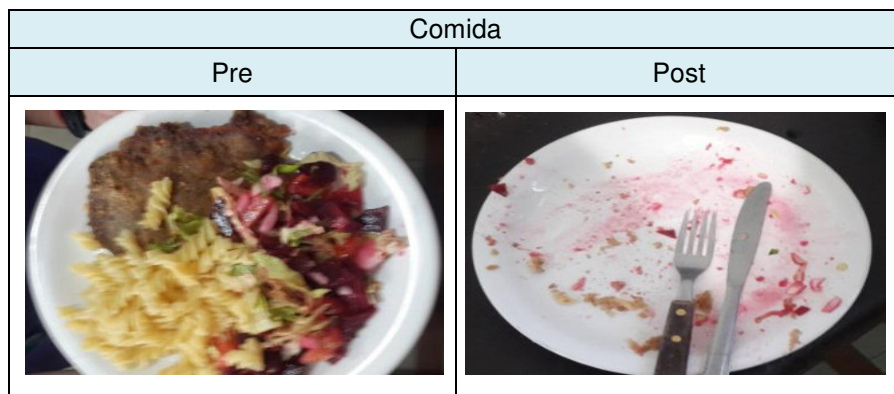
Deambula independiente. Dificultad en interacción con el entorno. Mientras se la alimenta acepta la comida pero se le cae ya que deja la boca abierta. Escupe los restos de comida solida no procesada. Por momentos se queja balbuceando. El postre lo consume con mayor entusiasmo.

Paciente nº 19

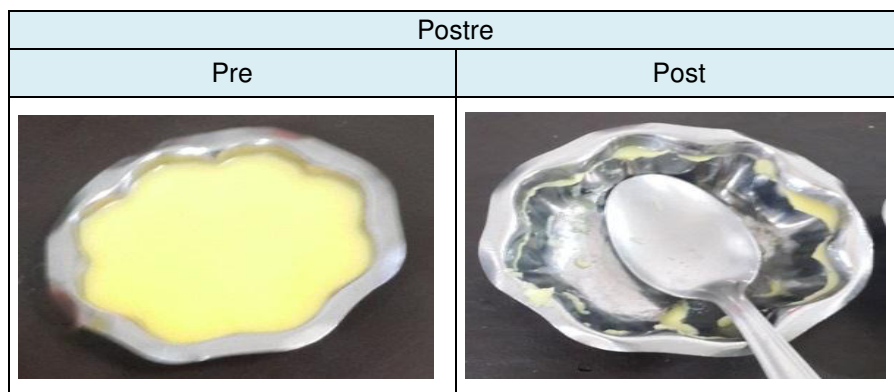
Cuadro nº 19:

Sexo	Masculino
Edad	71 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	2
Deterioro cognitivo	Leve-moderado
Desorientación en tiempo y espacio	Parcialmente
Plan de alimentación	Hiposódico con control y selección de grasas
Dependencia alimentaria	Se alimenta por su cuenta con la comida previamente cortada
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Hipertrigliceridémico

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboracion propia

Come rápido. Mantiene la mirada fija en el plato mientras se alimenta; no se relaciona con sus compañeros de mesa. El postre también lo consume con rapidez. Consumió los alimentos de afuera hacia adentro hasta dejar el plato vacío, lo mismo realizó con el postre.

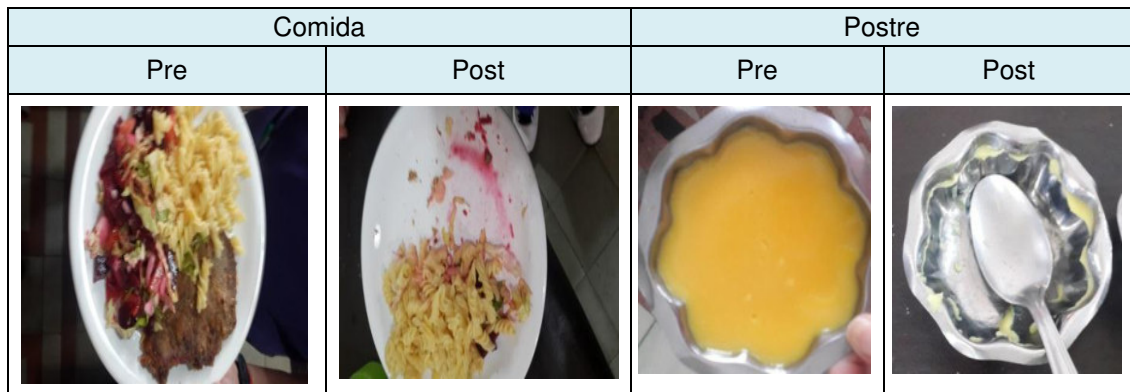
Paciente nº 20

Cuadro nº 20

Sexo	Femenino
Edad	93 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	2
Deterioro cognitivo	Leve-moderado
Desorientación en tiempo y espacio	Parcialmente
Plan de alimentación	Hiposódico
Dependencia alimentaria	Se alimenta por sí mismo con la comida previamente cortada
Ingesta alimentaria	Selectiva
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	

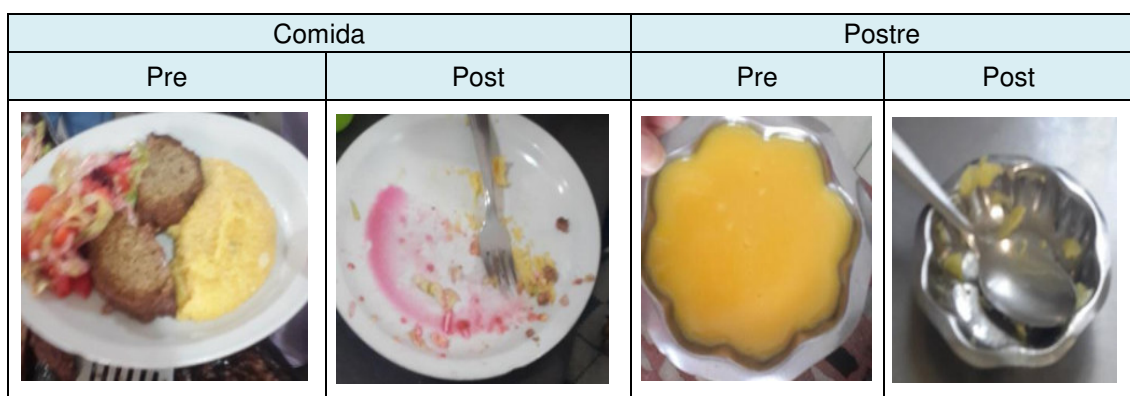
Fuente: Elaboración propia

Día 1



Fuente: Elaboración propia.

Día 2



Fuente: Elaboración propia.

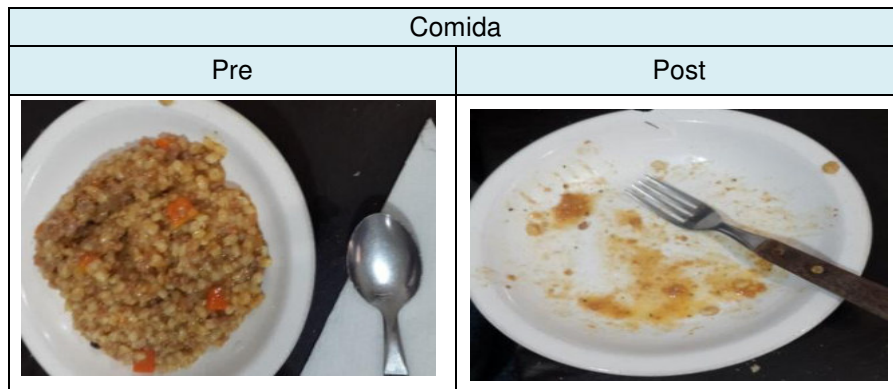
Se ayuda con las manos para colocar los alimentos en los cubiertos. Dejo gran cantidad de fideos el primer día. Postre come de a poco y se le cae de la boca. Come miga de pan y se llena con eso. Solo consume lo que le gusta del plato, si le piden que siga alimentándose se niega. Mezcla y juega con la comida. Come despacio. En el segundo encuentro consumió la totalidad de los alimentos a buen ritmo.

Paciente nº 21

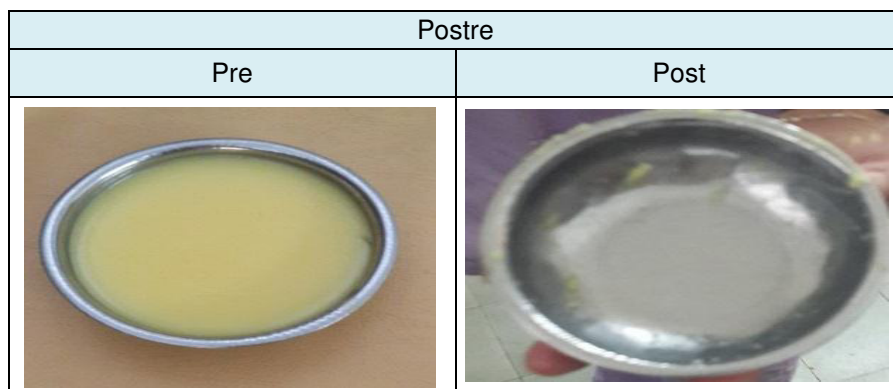
Cuadro nº 21:

Sexo	Masculino
Edad	81 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	2
Deterioro cognitivo	Moderado
Desorientación en tiempo y espacio	Parcial
Plan de alimentación	Hiposódico con control y selección de grasas+ colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Se alimenta por sí mismo previamente cortada la comida
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Lúcido, se maneja independiente

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

Comió todo el plato sin quejarse. Postre lo comió con mayor rapidez que el plato principal. Se acerca mucho el plato a la boca para comer. Mastica bien. Buen apetito. Se alimenta lentamente.

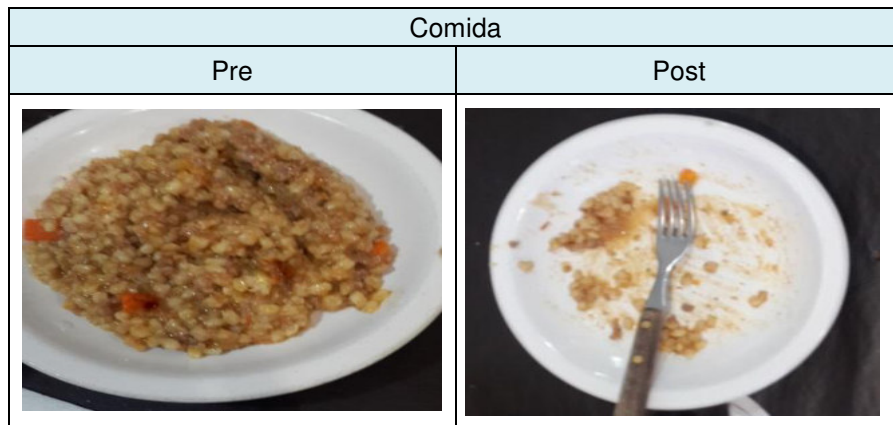


Paciente nº 22

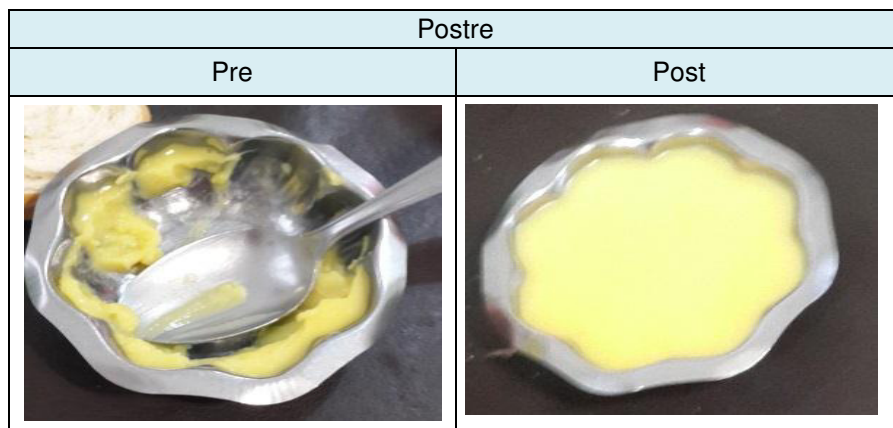
Cuadro nº 22:

Sexo	Femenino
Edad	78 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	2
Deterioro cognitivo	Moderado
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico
Dependencia alimentaria	Se alimenta por sí mismo
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

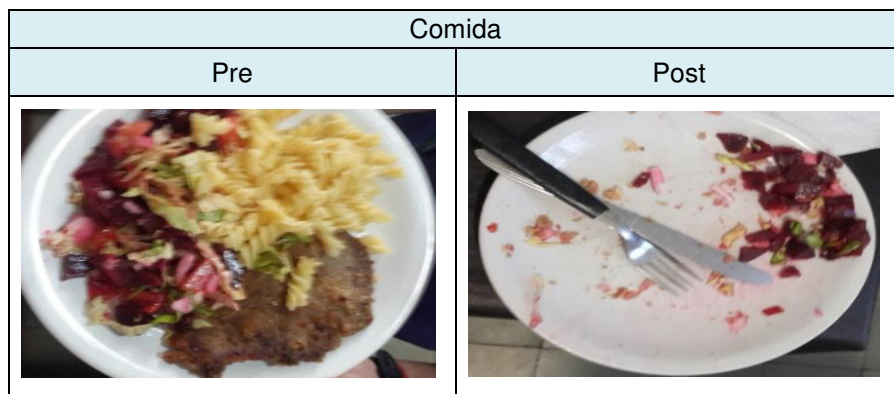
Consume pequeñas cantidades de alimento en cada bocado. Se le cae la comida de la boca. Come despacio. Agarra el plato con la otra mano con la que está comiendo. Se mantiene concentrada en el plato y no dialoga con sus compañeros de mesa. El postre lo consume con mayor rapidez y entusiasmo.

Paciente nº 23

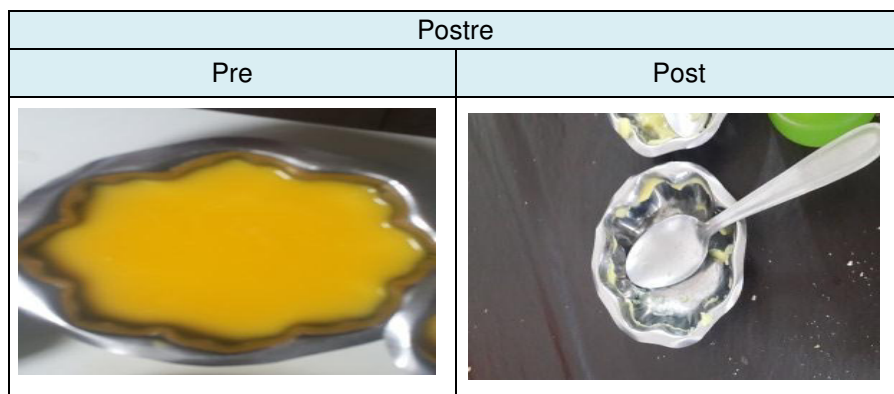
Cuadro nº 23:

Sexo	Masculino
Edad	58 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	
Plan de alimentación	Hiposódico
Dependencia alimentaria	Se alimenta por sí mismo, pero requiere que le corten los alimentos previamente
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

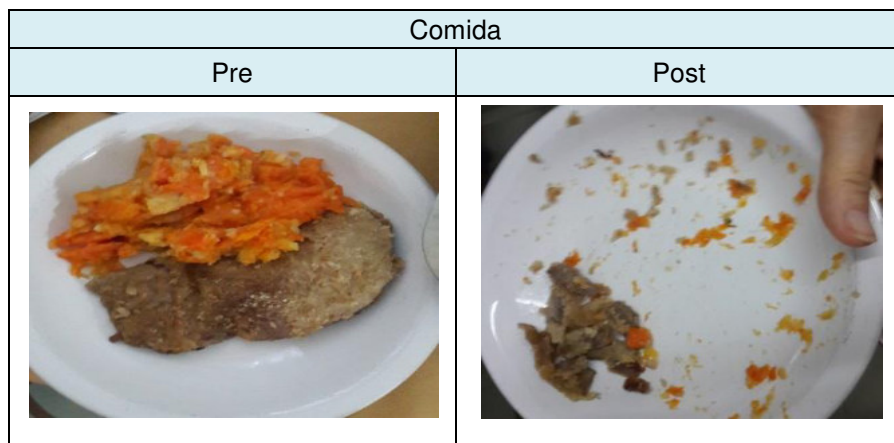
Presenta un buen ritmo de alimentación. Se le cae la comida del plato cada vez que va a agarrar alimentos. Se ayuda con las manos para colocar la comida en el tenedor. Solo consume lo que le gusta del plato, el resto lo corre al borde del plato o a la mesa. No dialoga con sus compañeros al momento de alimentarse, se concentra en el plato de comida.

Paciente nº 24

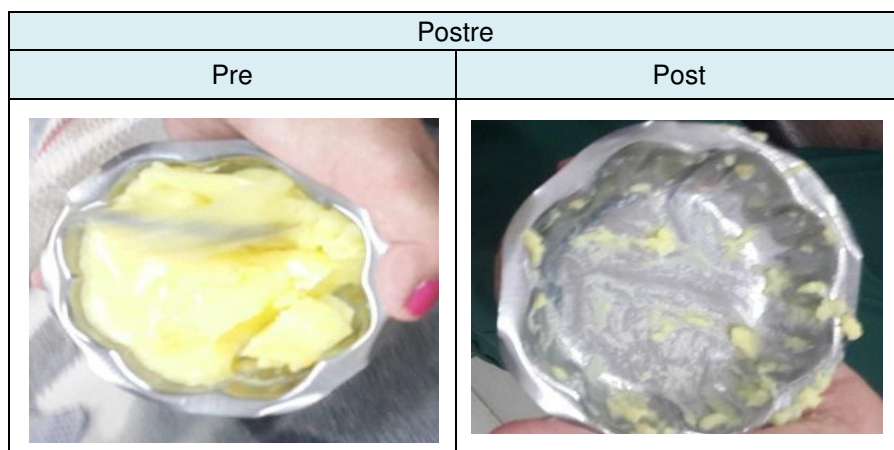
Cuadro nº 24:

Sexo	Masculino
Edad	78 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Asistido, comida cortada
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena, por momentos no los reconoce
Otros	Postrado

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

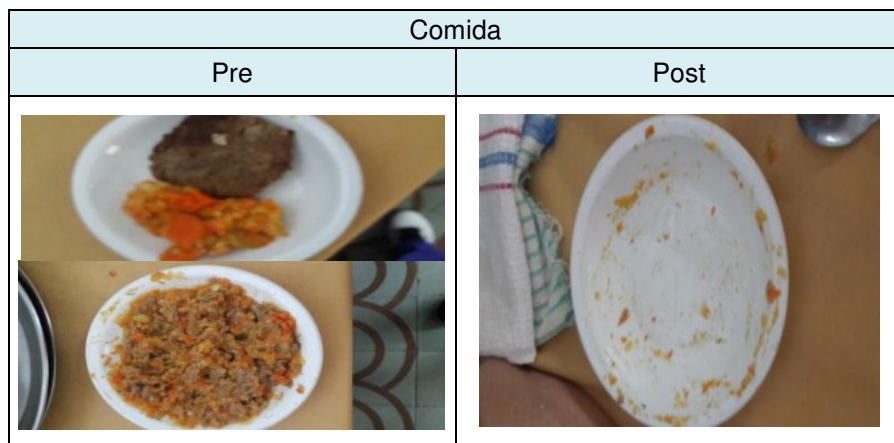
Fallas globales de memoria. Desorientación global. Come con los ojos cerrados. Pide líquidos, toma despacio. No come los bordes de la carne. Se encuentra perdido. Traga con lentitud, juega con las piernas mientras come. Come despacio. Por momentos acepta la comida pero se le cae.

Paciente nº 25

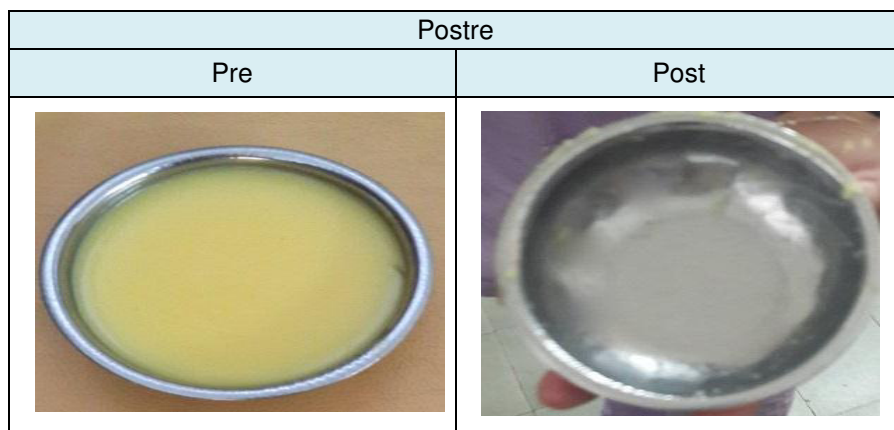
Cuadro nº 25:

Sexo	Masculino
Edad	69 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientacion en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Asistido
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

Dificultad para deambular y mantenerse en pie sin apoyo. Balbucea mientras come y por esto se le caen alimentos de la boca. Consume los alimentos con rapidez y esto se acrecienta con el postre. Consume pequeñas cantidades de alimento en cada bocado. Consume la totalidad del plato y del postre sin quejarse.



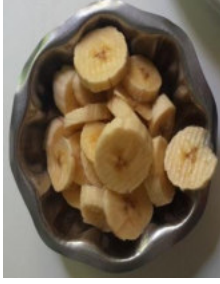

Paciente nº 26

Cuadro nº 26

Sexo	Masculino
Edad	90 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	3
Deterioro cognitivo	Moderado-severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Se alimenta por sí mismo previamente cortados los alimentos
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Ceguera




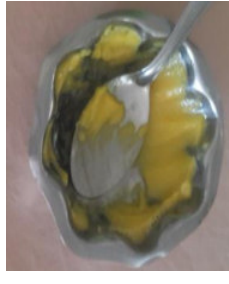
Fuente: Elaboración propia

Día 1

Comida		Postre	
Pre	Post	Pre	Post
			

Fuente: Elaboración propia.

Día 2

Comida		Postre	
Pre	Post	Pre	Post
			

Fuente: Elaboración propia.

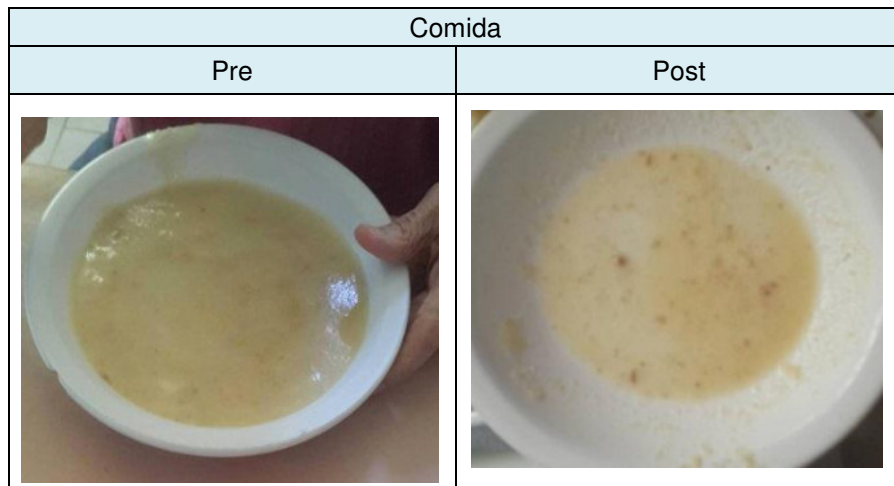
Consumo pequeñas cantidades en cada bocado. Se le cae la comida de la boca y se mancha la ropa. Juega con la comida por largos periodos de tiempo. El postre lo comió con la mano cuando fueron bananas. Se alimenta lentamente y se ofende si lo apuran. Deben avisarle que tiene el plato frente a él y comienza a alimentarse.

Paciente nº 27

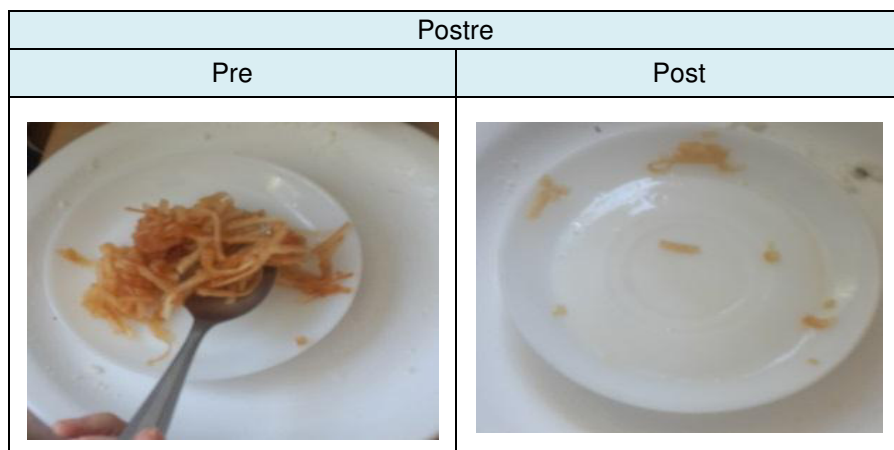
Cuadro nº 27

Sexo	Femenino
Edad	82 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	3
Deterioro cognitivo	Moderado-severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Procesado hiposódico
Dependencia alimentaria	Se alimenta por si misma
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

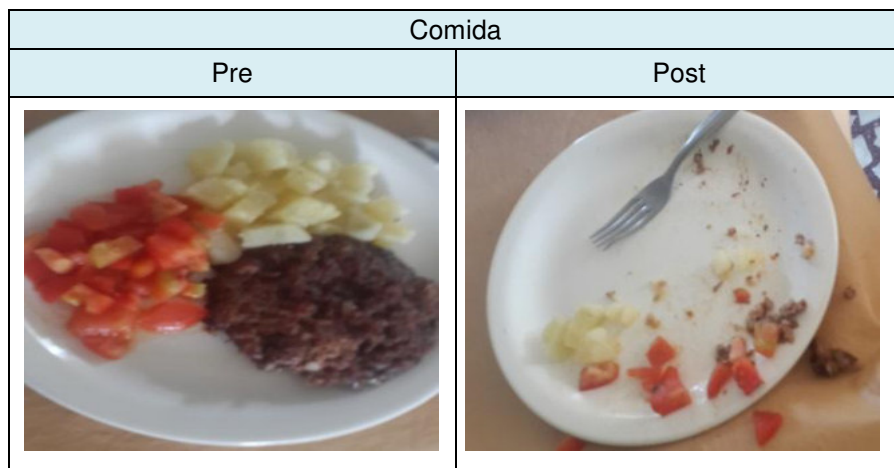
Por aspiración le cambiaron la alimentación. Juega mucho y no come. Mirada perdida. Le tienen que terminar dando la comida para q no juegue. El postre lo come con constancia. Buen ritmo de alimentación.

Paciente nº 28

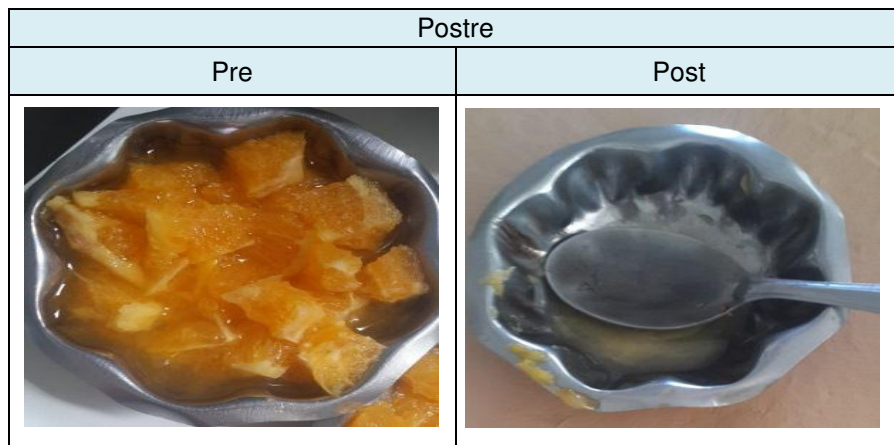
Cuadro nº 28:

Sexo	Masculino
Edad	85 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	4
Deterioro cognitivo	Severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Intermitente
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

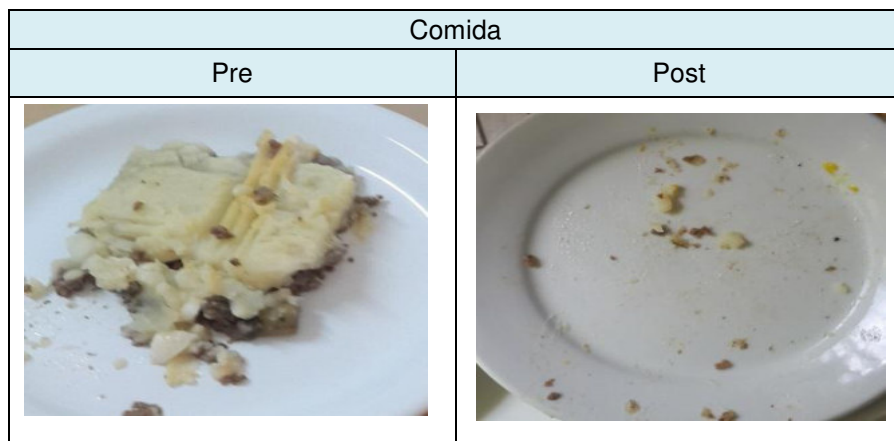
Comparte espacios comunes. Por momentos juega con el plato y la comida y termina tirándola sobre la mesa. Se enoja cuando le quitan o acomodan el plato. Come con cuchara. Consume pequeñas cantidades de alimento en cada bocado.

Paciente nº 29

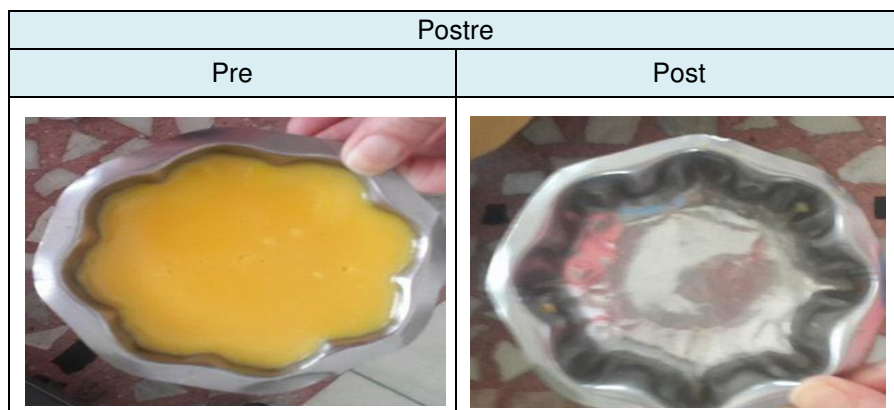
Cuadro nº 29:

Sexo	Masculino
Edad	87 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	2
Deterioro cognitivo	Moderado
Desorientación en tiempo y espacio	Parcial
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Se alimenta por sí mismo
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

Comparte espacios comunes. Habla con su compañero durante la comida pero consume bien sus alimentos. Buen ritmo de alimentación tanto en la comida como en el postre. Come en la mesa mirando la pared para que no se distraiga mirando a sus compañeros de comedor.

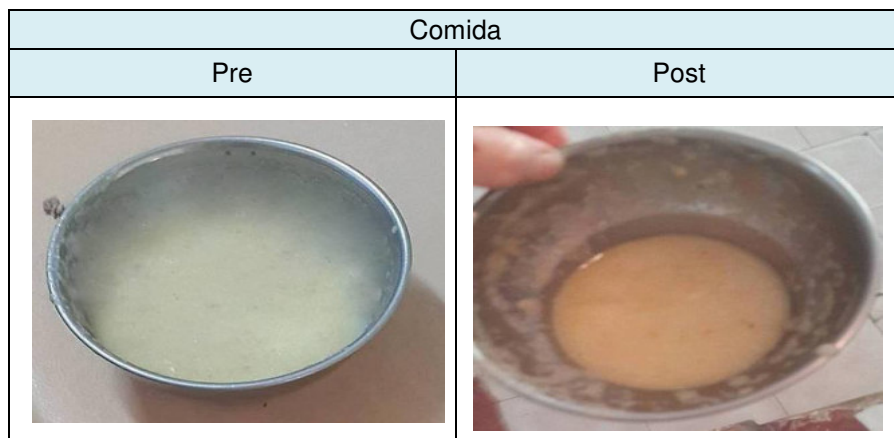


Paciente nº 30

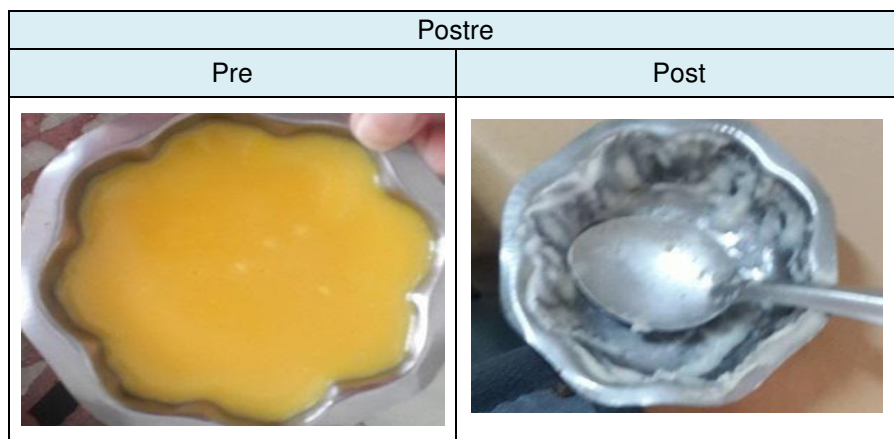
Cuadro nº 30

Sexo	Femenino
Edad	95 años
Estadio evolutivo de la enfermedad	3
Deterioro cognitivo	Moderado-severo
Desorientación en tiempo y espacio	Si
Plan de alimentación	Hiposódico + colaciones hipercalóricas
Dependencia alimentaria	Se alimenta por si misma
Ingesta alimentaria	Buena
Actitud frente a los alimentos	Buena
Otros	Silla de ruedas, asistencia global

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



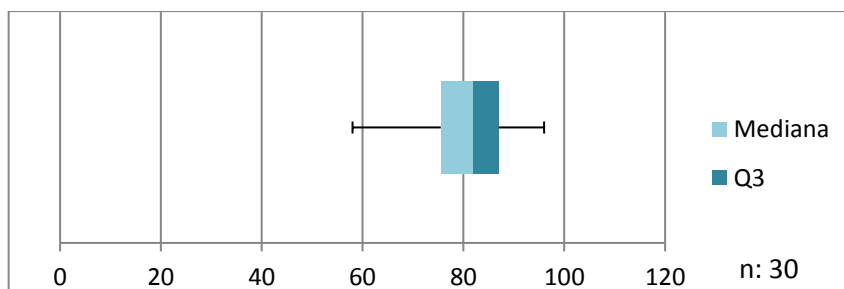
Fuente: Elaboración propia

Comparte espacios comunes. Últimamente se le otorga procesado por problemas deglutorios. Se incluye irregularmente en propuestas grupales. Chupa la cuchara sin contenido y por momentos juega con los cubiertos.

Fueron analizados 30 pacientes en total, de los cuales 15 fueron hombres y 15 mujeres.

Comprenden edades entre 58 y 96 años. Se observa en el grafico que la mediana de edad es de 82 años.

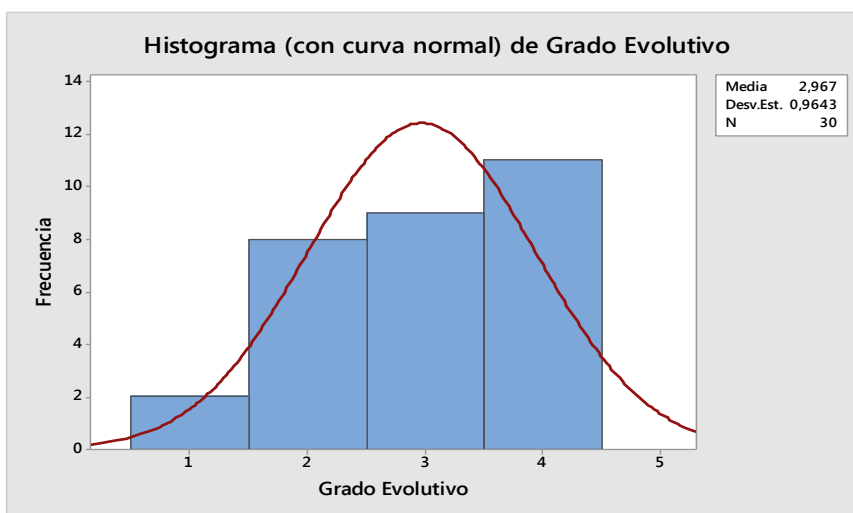
Grafico nº 1: Edad media de los pacientes



Fuente: Elaboración propia

Se tuvo en cuenta el estadio evolutivo de la enfermedad que afecta a la alimentación a través del estudio Minimental que cataloga la enfermedad en 5 niveles. Se observa que del estadio nº 1 se analizaron un 6,6%, en cuanto al segundo estadio un 26,6% de la población analizada. En cuanto al tercero un 30% y por último del cuarto 36,6% de los pacientes. Del quinto estadio no se analizaron personas ya que se deben alimentar con nutrición artificial y en las instituciones analizadas no había pacientes de este tipo.

Grafico nº 2: Grado evolutivo de la enfermedad de Alzheimer

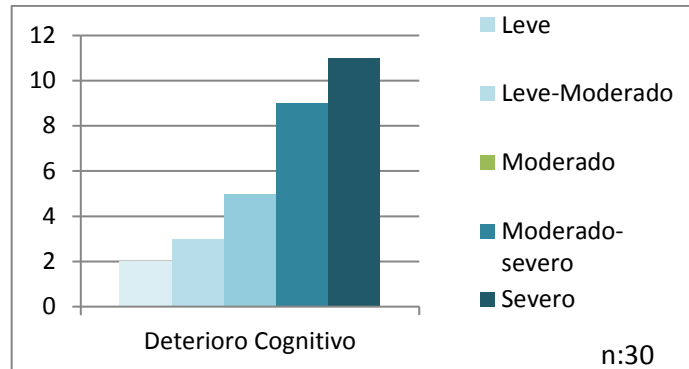


Fuente: Elaboración propia

También se tuvo en cuenta el deterioro cognitivo que presentan los pacientes analizados, ya que se relaciona con la alimentación de diversas maneras. Se logró determinar que 6,6% de los pacientes presentan deterioro cognitivo leve, 10% se encuentran en un periodo leve-moderado, 16,6% de los mismos ya se encuentran en un

estadio moderado, 30% en un estadio moderado severo y 36,6% se encuentran con deterioro severo.

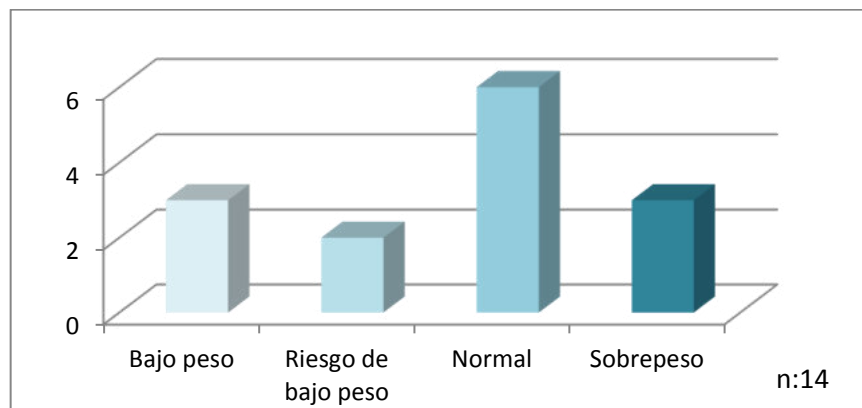
Grafico nº 3 Grado de deterioro cognitivo



Fuente de Elaboración propia.

Con respecto al estado nutricional de los pacientes, el mismo se evaluó a través de la medición del peso, la talla y el IMC. Debido a la cantidad de pacientes postrados que hay en las instituciones únicamente 14 de las 30 personas pudieron ser evaluados.

Grafico nº 4 Estado nutricional de pacientes evaluados

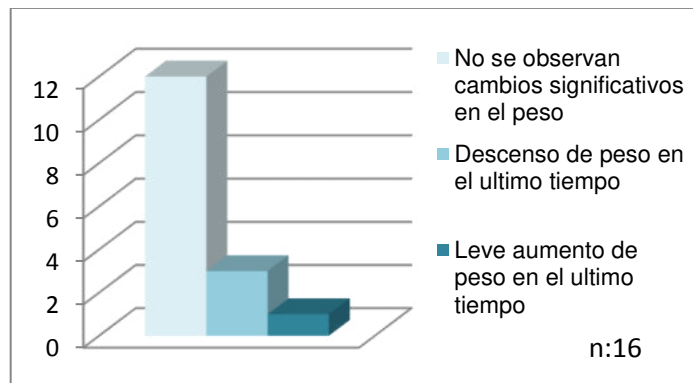


Fuente: Elaboración propia

En el cuadro de puede observar que dentro de este 46,6% de pacientes que pudieron ser analizados, un 42,8% se encontraban dentro de la normalidad realizando el diagnóstico adecuado a la tercera edad. Por otro lado se presentaron 21,4% de los pacientes con bajo peso, los cuales según se dialogó con los profesionales se relaciona con un decaimiento general de los mismos. 14,2% de los mismos se encuentran en riesgo de bajo peso y tanto para estos como para los que ya se encuentran por debajo de la normalidad se les otorga un plan de alimentación con colaciones hipercalóricas. También se encuentra un 21,4% que presentan sobrepeso, a los cuales no se les entregan las colaciones antes mencionadas. Las mediciones de peso se realizaron con balanza de piso y la altura con la semienvergadura.

Con respecto a los 16 pacientes que no pudieron ser evaluados debido a su estado general deteriorado se consultó con la nutricionista a cargo acerca del estado nutricional de los mismos. Se tuvo en cuenta la observación que la misma realizó en el peso de los pacientes en el último periodo de tiempo, desde que los pacientes se encuentran incapacitados para que se les realicen las mediciones pertinentes. Se observó que un 75% de éstos pacientes no presentan cambios significativos en el peso, en un 18,7% se pudo apreciar que tuvieron un descenso de peso en este último periodo y los mismos tienen indicadas las colaciones hipercalóricas anteriormente mencionadas. Únicamente en un 6,25% se observó un leve aumento de peso en el último periodo de tiempo.

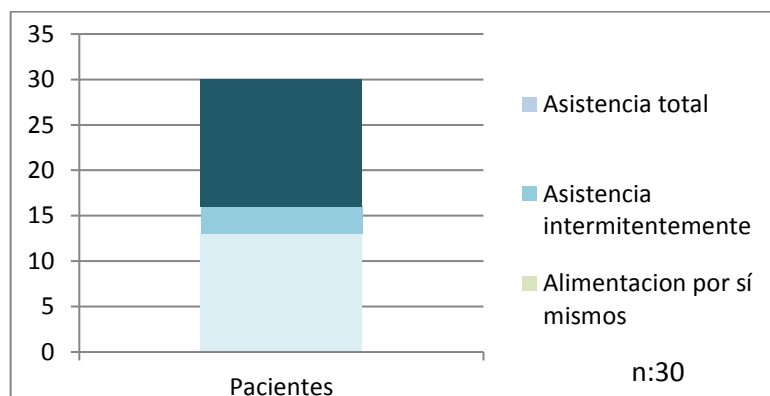
Grafico nº 5: Observación del peso en el último tiempo en pacientes que no fueron evaluados



Fuente de Elaboración propia

Con respecto a la alimentación de los pacientes en la entrevista con la nutricionista se consultó acerca de la dependencia alimentaria de los mismos. Se alimenta por su cuenta un 43,3% de la población, 10% requieren asistencia intermitentemente dependiendo del menú del día y un 46,6% deben ser alimentados por personal en todos los menús. Primero se alimenta a los pacientes que requieren asistencia y luego se sirve la comida del resto de los mismos.

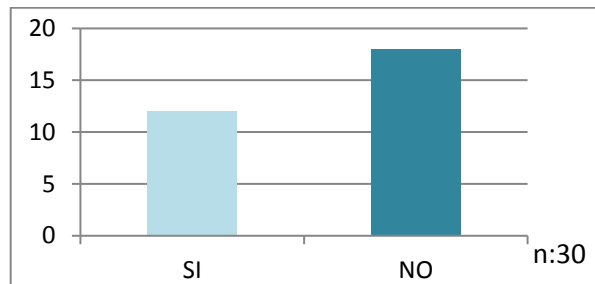
Grafico nº 6: Dependencia para la alimentación



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los pacientes que se alimentan por su cuenta casi la totalidad de los mismos, un 92 %, mezcla y juega con los alimentos. Lo que provoca que su alimentación sea a un ritmo enlentecido a comparación de los que requieren ser alimentados por el personal de los establecimientos. Deben pedirles a los pacientes que se concentren en el consumo de alimentos y dejen de mezclar la comida.

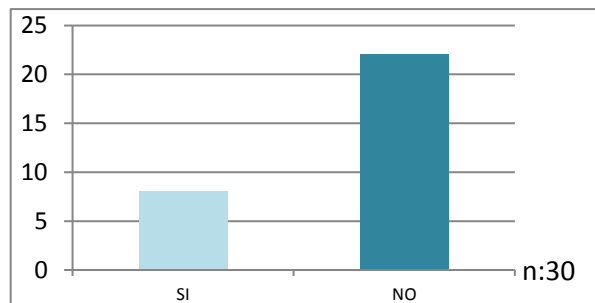
Grafico nº 7 Juego con los cubiertos durante la alimentación



Fuente: Elaboración propia

En el momento de alimentarse se observa que la mayor parte de los pacientes no habla con sus compañeros, se focalizan en el plato y no se relacionan con el ambiente. Solo un 26,6% de los pacientes hablan durante las comidas pero consumen igualmente sus alimentos, esto no retrasa su alimentación.

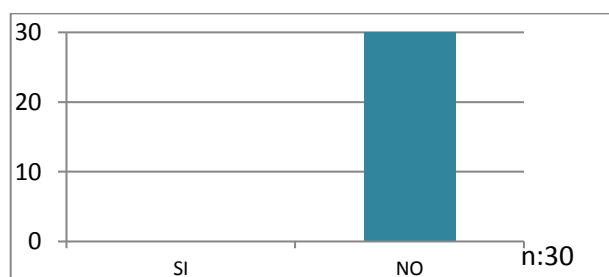
Grafico nº 8: Diálogo durante las comidas de los pacientes



Fuente: Elaboración propia

Los pacientes no abandonaron la mesa en ningún momento durante el periodo de observación. Responden de manera positiva ante los pedidos del personal sobre recurrir y abandonar el comedor en donde se alimentan.

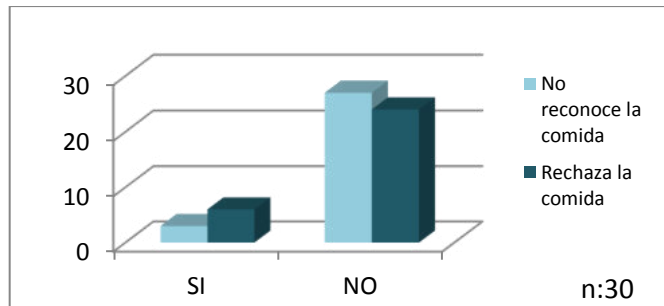
Grafico nº 9: Abandono de la mesa durante la comida



Fuente: Elaboración propia

Se pudo observar que únicamente un 10% no reconocieron los alimentos en algún momento de la alimentación y un 20% los rechazaron, ambas negaciones se relacionan con el estadio evolutivo de la enfermedad ya que los mismos se encuentran entre el tercer y cuarto con desorientación en tiempo y espacio.

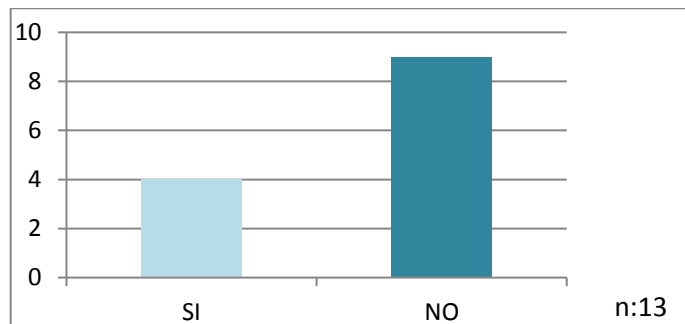
Grafico nº 10: Problemas presentados durante la alimentación



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los pacientes que se alimentan por su cuenta se observó que un 30,7% se ayudan con las manos para colocar la comida en el tenedor o la cuchara.

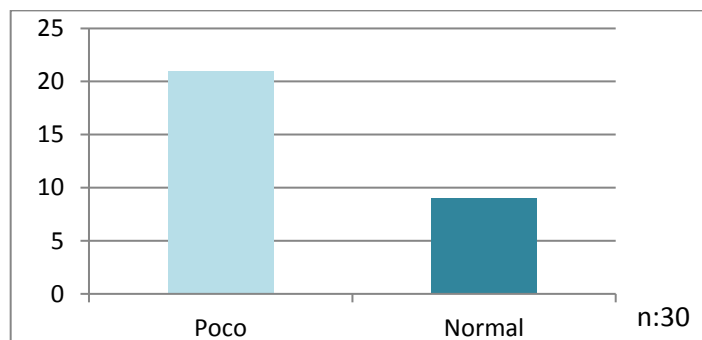
Grafico nº 11: Utilización de las manos como ayuda para alimentarse



Fuente: Elaboración propia

Otro de los aspectos evaluados es la cantidad de alimento que consumen en cada bocado los pacientes. La gran mayoría de los mismos, un 70%, toleran pequeñas cantidades en cada cucharada de alimentación y aun así tardan varios segundos entre masticar y tragar.

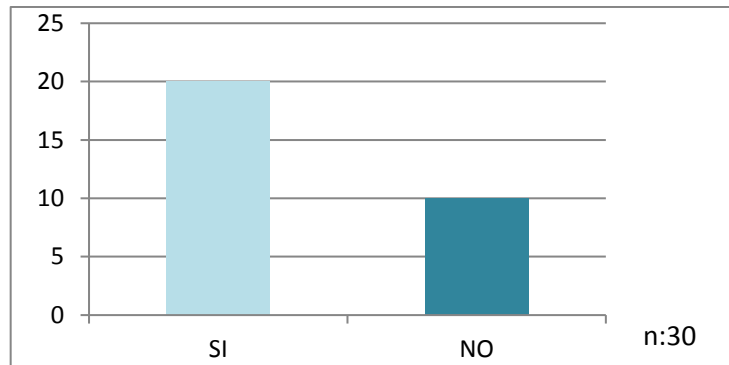
Grafico nº 12: Cantidad de alimento consumida en cada bocado



Fuente: Elaboración propia

Otro aspecto a analizar fue la aceptabilidad de los distintos alimentos que se les ofrecen a los pacientes. En su gran mayoría, un 66,6% de los mismos solo consumieron los alimentos que les gustaban y, en algunos casos, directamente eligieron en el momento de servirse los mismos cuales querían consumir.

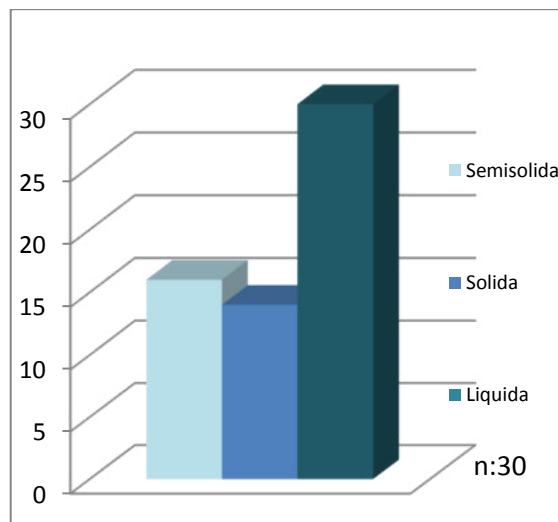
Grafico nº 13: Aceptabilidad de los alimentos



Fuente: Elaboración propia

Un aspecto clave es la consistencia de los alimentos que cada paciente tolera. Los líquidos son aceptados por la totalidad de los pacientes. En cuanto a los sólidos un 46,6 % los toleran y un 53,3% consumen la alimentación semisólida.

Grafico nº 14: Consistencia de la alimentación brindada



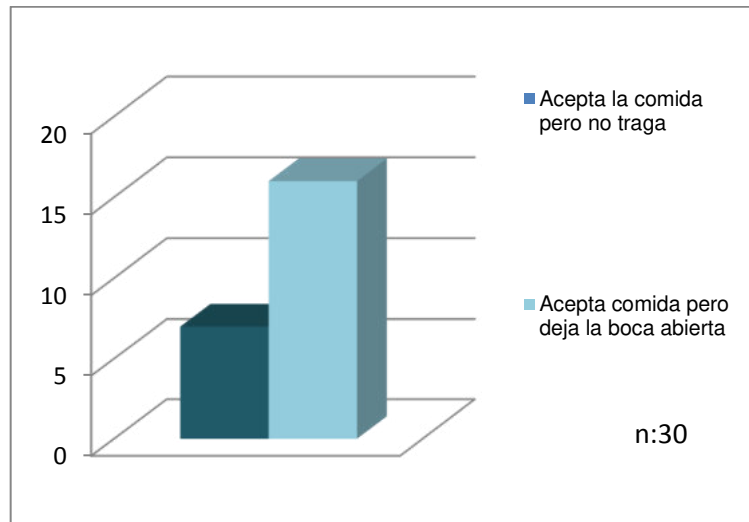
Fuente: Elaboración propia

Dentro de los pacientes que toleran la alimentación sólida, el mayor porcentaje (71,4%) requieren que el personal les corte los alimentos antes del consumo, ya que tienen dificultad para hacerlo, además de problemas para deglutir los alimentos en caso de que los corten por su cuenta de gran tamaño.

Se realizó una evaluación de la ingesta de los alimentos, un 23,3% de los pacientes tienen un correcto consumo, un 23,3% de los mismos aceptan la comida pero no la tragan, las asistentes deben pedirles que tragan para que terminen haciéndolo. Se destaca que un

53,3% de los pacientes aceptan la comida pero se les cae porque dejan la boca abierta ya que se distraen.

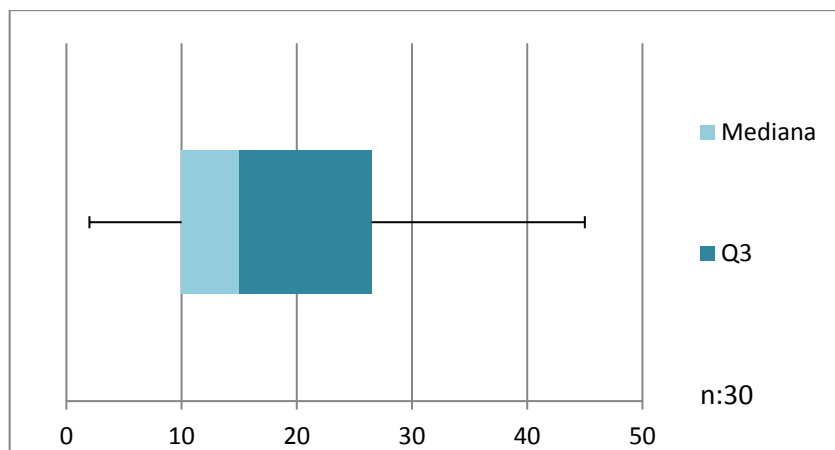
Grafico nº 15: Evaluación de la ingesta alimentaria



Fuente: Elaboración propia

Por último, se hizo un conteo de los minutos que duró la alimentación de cada uno de los pacientes, desde que comienzan con el plato hasta que terminaron el postre.

Grafico nº 16: Duración de la alimentación



Fuente: Elaboración propia

La mediana de minutos que demoran son 15 minutos. El mínimo fueron 2 minutos en un paciente asistido en alimentación. Y el máximo fueron 45 minutos.

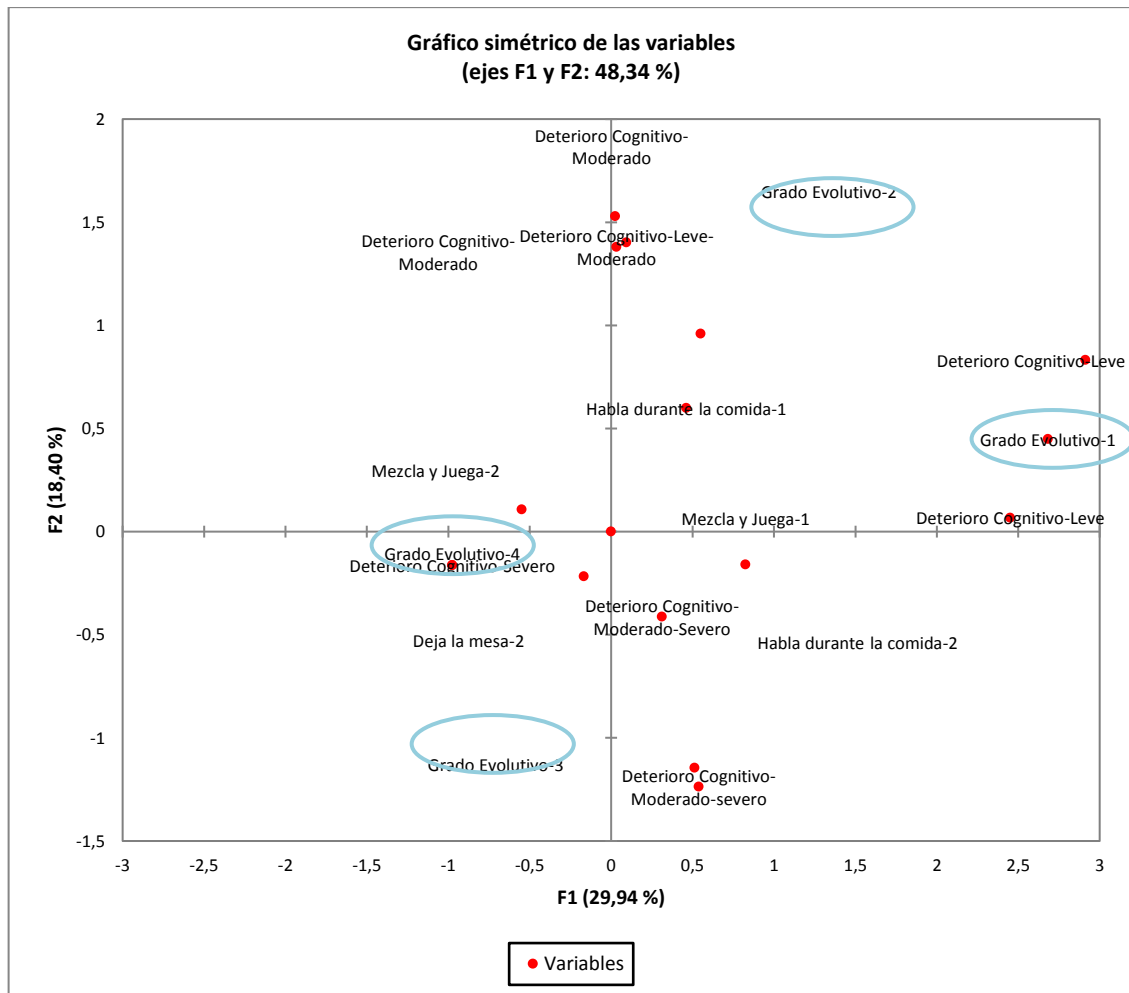
Se realizaron análisis factoriales de correspondencias múltiples entre las variables se confirmó lo anteriormente mencionado.

Se puede observar en el segundo cuadrante la relación entre el grado evolutivo nº 2 de la enfermedad con el deterioro cognitivo leve-moderado y moderado y entre el grado evolutivo nº 1 y el deterioro leve. Todos estos pacientes presentan una tendencia a hablar



en la mesa durante la comida y a mezclar y jugar con la comida, ya que son los que se alimentan por su cuenta y comparten el lugar de la comida.

Grafico nº 17:



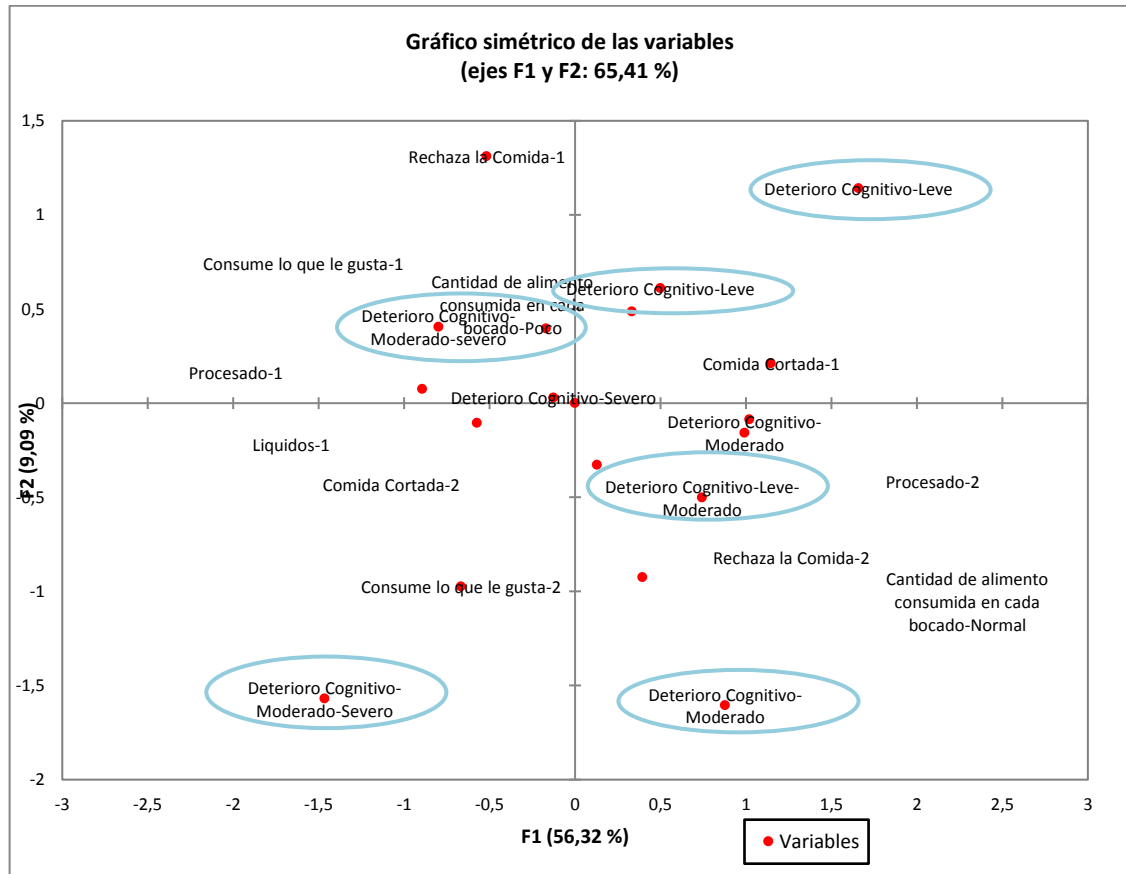
Fuente: Elaboración propia

Con respecto al tercer y cuarto cuadrante, se observa una relación entre el grado evolutivo nº 3 y el deterioro cognitivo moderado-severo, en el cual se presentan pacientes que hablan mientras son alimentados. También se corresponde el grado evolutivo nº 4 con el deterioro cognitivo severo. No hay relación de ningún grado evolutivo con abandonar la mesa ya que la totalidad de los mismos permanecen sentados hasta que se les indica que pueden retirarse.

En el otro análisis de correspondencia múltiple se observa en el primer cuadrante la relación entre el deterioro cognitivo moderado- severo y el consumo de pequeñas cantidades de alimento en cada bocado y sólo lo que les gusta. Se observa que el consumo de procesados se da principalmente en pacientes con deterioro cognitivo severo.

En el segundo cuadrante se relaciona el deterioro cognitivo leve con el consumo de sólidos y dentro del mismo el requerimiento que tienen los pacientes de que les corten los alimentos previamente a su alimentación por su cuenta.

Grafico nº 18:



Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo relación entre el deterioro cognitivo moderado-severo y el consumo de la totalidad de los alimentos brindados ya que los mismos principalmente requieren alimentación asistida y las mucamas se encargan de que los pacientes logren consumir la mayor cantidad posible de lo brindado.

Por último en el cuarto cuadrante se correlaciona que los pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado consumen cantidades de alimento normales en cada bocado. Al ser los pacientes que se encuentran con el menor deterioro cognitivo de los estudios no hay rechazo presente hacia los alimentos y no hay consumo de procesados.

Entrevista:

Fecha: 27/9/2016

▪ Sexo: Femenino

▪ Edad: 30 años

▪ Tiempo que hace que trabaja en la institución: 6 años

▪ ¿Ha realizado talleres o capacitaciones sobre Alzheimer?

SI  NO  ¿Cuáles?

NO

▪ ¿El personal de cocina recibe capacitaciones periódicas?

SI  NO  ¿Cuáles?

SI. Son geriátricos pertenecientes a una institución nacional y la mismo les exige capacitaciones para el personal. Se hacen sobre lo que el personal de cada institución necesita.

▪ ¿Cuáles son los aspectos que considera al realizar el mosaico de menú?

Se programa en Noviembre el de verano y en Marzo el de invierno. Cada menú consta de 2 semanas variadas de alimentación, por lo que los pacientes consumen todo tipo de alimentos. Se tiene en cuenta que haya carne una vez al día (se da al mediodía), una vez de hidratos de carbono (noche), presencia de vegetales una vez al día. Además de tener en cuenta la presencia de diferentes texturas y colores a lo largo del menú.

▪ ¿Cuáles son los horarios de alimentación? ¿Por qué?

Desayuno 8 hs; Colación 10 hs (se les da a los pacientes con desnutrición, diabetes o con trastornos de ansiedad = fruta o gelatina); 11:30 hs pacientes que requieren alimentación asistida, 12 hs pacientes que se alimentan solos; 16 hs merienda; 20 hs cena.

▪ ¿Cómo se organiza la comensalidad de los pacientes?

Los pacientes que requieren alimentación asistida comen a las 11:30 hs en la biblioteca en donde tienen sillones con contención en cintura para evitar caídas o movimientos bruscos y los pacientes que se alimentan por sus propios medios se reúnen en el comedor a las 12 hs en donde cada uno ya tiene un lugar asignado.

▪ ¿Qué cantidad de comidas se les brindan por día a los pacientes?

5 comidas

▪ ¿Cuáles son los métodos de cocción que se utilizan en la institución y por qué?

Salteados con poco aceite o caldo, hervido, horno, siempre vitando las frituras.

▪ ¿Cuáles son los menús que tienen mayor y menor aceptabilidad?

No hubo que cambiar comidas. Las de mayor aceptabilidad son pastel de papa, supremas de pollo y milanesas. Y las de menor aceptabilidad lentejas, berenjenas rellenas (comen el relleno)

▪ ¿Qué opina usted frente a las preferencias alimentarias de los pacientes a medida que la enfermedad evoluciona?

Cuando la enfermedad se encuentra en los estadios avanzados se marca la preferencia por lo dulce por esto a los procesados se los refuerza con ensure, postres dulces, gelatina.

▪ ¿Cuántos pacientes considera usted que requieren ayuda para alimentarse?

8 en el geriátrico SAN Jorge y 8 en el San Jorge II

▪ ¿Qué adaptaciones realiza usted en la alimentación del paciente según la medicación que recibe?

No se realizan modificaciones en la alimentación, únicamente en pacientes con poco apetito se charla con el médico psiquiatra para cambiar la medicación por alguna que estimule el apetito

▪ ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que manifiestan sus pacientes sobre la alimentación que se les brinda?

Fortaleza: menú variado, los pacientes no se cansan de los alimentos ya que los ingieren una vez cada dos semanas.

Debilidad: No pueden elegir que quieren comer los pacientes, únicamente se adecua esto dentro del menú del día sobre sus gustos. Además de la dificultad en un principio de adaptarse a la alimentación brindada debido a los cambios que presentan en la cultura del comer.

▪ ¿Qué opina usted sobre las capacitaciones del personal que atiende al paciente?

Son necesarias dependiendo del lugar y de lo que se necesita. Se requiere disponibilidad de tiempo. Tienen hecho el curso de manipuladoras de alimentos.

▪ Usted desea ampliar algún otro aspecto: -



Conclusiones

En éste trabajo de investigación se evaluaron a 30 pacientes que comprenden edades entre 58 y 96 años, con una media de 82 años. El 50% de sexo femenino y el otro 50% masculino. Con respecto al grado evolutivo del Alzheimer presente según el estudio Minimental se analizó un 6,6% del primer estadio, un 26,6% del segundo, un 30% del tercero y un 36,6% del cuarto. Del quinto no se analizaron pacientes ya que requieren alimentación artificial y no era relevante en esta investigación. Se pudo observar relación entre el primer estadio y el deterioro cognitivo leve, entre el grado evolutivo nº 2 con el deterioro cognitivo leve-moderado y moderado; Además del grado evolutivo nº 3 y el deterioro cognitivo moderado-severo y del cuarto grado evolutivo con el deterioro cognitivo severo.

Con respecto al estado nutricional se pudo analizar al 46 % de los pacientes a través del peso, talla e IMC ya que el resto se encuentran postrados lo que imposibilitó que se les realicen las mediciones pertinentes. La mayor cantidad de los pacientes se encuentran dentro de la normalidad. Se observó relación entre el deterioro del estado nutricional y la evolución de la enfermedad de los pacientes, ya que los que se encuentran con bajo peso y riesgo del mismo son los que se encuentran en los estadios más avanzados de la enfermedad y con el mayor deterioro cognitivo. Una minoría presento sobrepeso, para el cual se tomaron medidas en el plan de alimentación.

En cuanto a los pacientes que no pudieron ser medidos se indago a la nutricionista sobre el seguimiento del estado de su peso en el último periodo de tiempo y la mayoría no presentaron modificaciones en el mismo. Un 18% refiere un leve descenso de peso en el último periodo que también se correlaciona con el deterioro de su estado general. Esto es característico de los pacientes con Alzheimer ya que a medida que se agrava el deterioro cognitivo se obstaculiza su desenvolvura en actividades de la vida cotidiana, incluida la alimentación, lo que afecta el estado nutricional de los mismos.

La nutrición juega un papel importante en el enlentecimiento del proceso evolutivo, por esto es fundamental ofrecer alimentos variados, y en cada comida utilizar los distintos grupos alimenticios, para poder así detectar los gustos y preferencias de cada paciente facilitando la adherencia al consumo. Esto se observó en la investigación considerando que se presentan diversos alimentos diariamente y con una proporción correcta de macronutrientes ya que se ofrecen proteínas generalmente en los almuerzos y como reemplazo hidratos de carbono complejos en las cenas, logrando así una armoniosa distribución de los nutrientes necesarios basados en las recomendaciones nutricionales diarias.

Relacionando el grado evolutivo de la enfermedad con la actitud del paciente frente a los alimentos que se le presentan se pudo observar que a medida que aumenta la enfermedad se dificulta el proceso de alimentación, por lo que se busca evitar la monotonía

de alimentos para incentivar el consumo en cada momento. Las instituciones cuentan con menús con listas de 14 días de alimentación, en los que se utilizan alimentos de los distintos grupos diariamente y permiten así, que los pacientes accedan a una alimentación variada y nutritiva en cada una de sus comidas.

Los pacientes comen todos los días en el mismo horario y mismo lugar, los que se alimentan por sí mismos tienen asignado su asiento estratégicamente. Los pacientes que requieren asistencia son alimentados primeros, y una vez que las cuidadoras finalizan de alimentarlos se trasladan al comedor y sirven para el resto.

Analizando la dependencia alimentaria de los pacientes el 46 % requieren asistencia alimentaria que se correlaciona con la gravedad acrecentada de su enfermedad. Un 10% requiere asistencia intermitentemente dependiendo del menú del día, y el 43% restante se alimenta por sí mismo.

La totalidad de los pacientes toleran los líquidos, tanto el agua y jugos como la sopa previa a la alimentación. Un 53,3 % de los pacientes consumen los alimentos de forma semisólida y se relaciona con su estadio avanzado de la enfermedad y su deterioro cognitivo severo. El 46,6% restante consume sólidos, asociado mayoritariamente al deterioro cognitivo leve, y dentro de éstos el 70% requiere consumir la comida cortada.

Los cambios realizados en el plan alimentario dependiendo del estadio permiten conservar la alimentación y nutrición adecuadas en el paciente. Esto demuestra la gran importancia del rol del nutricionista que siempre debe buscar mejorar la calidad de vida del paciente. Los platos con mayor aceptabilidad son el pastel de papa, las supremas de pollo y las milanesas.

Relacionando la actitud frente a los alimentos y el grado de deterioro cognitivo los pacientes con deterioros graves de memoria, en estadios avanzados de la enfermedad no reconocieron los alimentos en un 10% y aun así reconociéndolos un 20% de los mismos los rechazó en algún momento. De aquí se destaca la labor de las cuidadoras que les hablan a los mismos hasta que consumen los alimentos. Es fundamental el trabajo integral para lograr mantener en buen estado general a los pacientes.

En cuanto a las modificaciones en los gustos alimentarios se vislumbró una notable preferencia de todos los pacientes hacia los hidratos de carbono simples, presentes en los postres. Se consumió siempre la totalidad de los mismos con mejor aceptabilidad tanto en los pacientes asistidos como los que se alimentaban por sí mismos, mejoraba notablemente el ritmo de consumo. Por ésta preferencia a los pacientes que consumen procesados les agregan Ensure, gelatina o postres dulces para endulzar las preparaciones y que así mejore el consumo de los pacientes.

Los pacientes en estadios evolutivos con deterioro cognitivo más severo son los que ejercen mayor resistencia para ser alimentados en un comienzo, pero una vez que

comienzan consumen bien los alimentos. Y dentro de éste estadio los que se alimentan por su cuenta siguen llevándose los cubiertos a la boca cuando la comida ya se terminó.

Dentro de los pacientes que se alimentan solos casi la totalidad mezclan y juegan con los alimentos, de ahí la diferencia en tiempo de alimentarse a comparación de los que son asistidos, con una franja horario entre 2 y 45 minutos, con una media de 15 minutos. Principalmente son los que se encuentran entre el primer y segundo estadio con deterioro cognitivo leve y moderado.

En algunos pacientes en estadio leve se detectaron quejas al momento de recibir el plato sobre lo que debían consumir, pero luego consumían el plato con normalidad. Se registró una paciente que no consumió verduras en una ocasión pero siguió evaluándose y luego las consumió con naturalidad.

La mayor cantidad de los pacientes no dialoga en el momento de alimentarse, se concentran únicamente en el consumo del plato. Dentro de los pacientes que hablan o balbucean a la hora de comer a un 50% se le cae comida de la boca por mantenerla abierta. Se detectó que los pacientes en estadio leve que se alimentan solos tienen una tendencia a limpiar el plato hasta que queda vacío. Los pacientes que consumen procesados escupen los restos de comida no procesada.

Dentro de los pacientes que se alimentan solos un 30% necesita ayudar a colocar los alimentos en los cubiertos con las manos, y los que no lo hacen reemplazan la función de las mismas con tostadas de pan. Cuando no se ayudan con estos mecanismos se les caen los alimentos a la mesa.

Ningún paciente abandono la mesa en el momento de alimentarse, cumplen con las normas que les imponen.

El 70% de la población analizada consume pequeñas cantidades de alimento en cada bocado, mayoritariamente con deterioro cognitivo moderado- severo. Además de consumir solo lo que les gusta. Los pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado consumen cantidades de alimento normales en cada bocado.

Haciendo una evaluación de la ingesta alimentaria el 66% de los pacientes únicamente consumen lo que les gusta, y en algunos casos al momento de servirse la comida eligen que quieren comer dentro del menú establecido para el día. Un 23,3% de los pacientes con grave deterioro acepta la comida pero se olvida de tragar, necesitan que las cuidadoras les pidan que traguen, un 53% aceptan los alimentos pero mantienen la boca abierta y se les caen ya sea por hablar o por distracción. Solo un 23% consume los alimentos de manera correcta, lo que se relaciona ampliamente con los estadios leves de la enfermedad.

No se encontró relación entre la evolución de la enfermedad y la disminución del consumo alimentario, ya que a medida que el paciente se deteriora se adapta la alimentación a sus posibilidades ya sea en cuanto a consistencia u asistencia y por ende los

pacientes no tienen problemas para alimentarse. Si surgen problemas como rechazo a los alimentos en un principio por no reconocerlos pero una vez que comienzan a alimentarse lo hacen con buen ritmo.

Es reconocida la importancia que la nutrición tiene en el comportamiento global de la salud de la persona, factor determinante para un envejecimiento satisfactorio.

Como hemos visto a medida que avanza la enfermedad de Alzheimer se van acrecentando las dificultades en los procesos de alimentación. Por esto destaco el rol esencial que tiene el nutricionista en estos pacientes dentro de un equipo interdisciplinario, para llevar a cabo una alimentación equilibrada y adecuada, adaptándola a la evolución de los mismos. Para esto es necesario una evaluación e intervención precoz para asegurar un adecuado soporte nutricional y para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Luego de lo antes expuesto surgen los siguientes interrogantes:

- ¿El grado evolutivo de la enfermedad de Alzheimer puede influir en enfermedades crónicas presentes en el paciente?
- ¿Es posible que la alimentación enlentezca la evolución de la enfermedad?
- ¿Cuál es el nivel de importancia de un entorno familiar presente en la alimentación del paciente a medida que evoluciona la enfermedad?





# Bibliografia

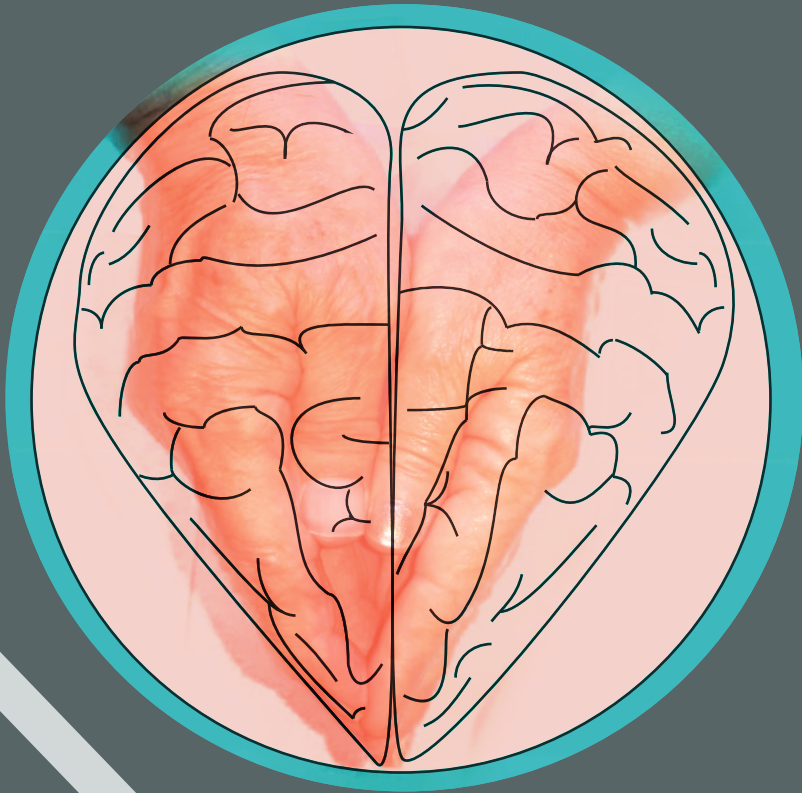
- Alzheimer, F. B. (2002). *Manual de cuidadores*. San Pablo: Alzheimer Ibero America.
- Angélica María Muñoz, G. M. (2006). Diagnóstico del estado nutricional de los pacientes con demencia tipo Alzheimer registrados en el Grupo de Neurociencias, Medellín, 2004. *Biomédica*, 113-125.
- Arizaga, R. L. (2003). La enfermedad de Alzheimer: una epidemia en el siglo XXI. En P. M. Bagnati, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (págs. 23-32). Buenos Aires: Polemos.
- Arones, G., Carabaja, A., Gonzalvo, B., Gonzalez, M., & Joyanes, M. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutricion Hospitalaria*, 1-31.
- Artaza Artabe, I. (2011). Desnutricion en la demencia. En J. C. Caballero Garcia, & J. Benitez Rivero, *Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud* (págs. 87-96). Madrid: Ergon.
- Bagnati, P. M. (2003). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires: Polemos.
- Bagnati, P. M., & Kremer, J. (2003). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires: Polemos.
- Botella Trelis, J. J., & Ferrero Lopez, M. I. (2004). La alimentacion del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar. *Nutricion hospitalaria*, 154-159.
- Buchman, A. S. (2005). Change in body mass index and risk of incident Alzheimer disease. *Neurology*, 65:892.
- Carmona Valdes, S. E. (2005). Envejecimiento activo: La clave para vivir mas y mejor. *Revista Kairós Gerontologia*, 5-15.
- Correa, M. P., & Di Marco, R. (2008). Comportamiento alimentario en adultos mayores institucionalizados con Deterioro Cognitivo. *Nutricion Clinica*, 17-23.
- Correa, M. P., Di Marco, R., & Otero, R. M. (2007). Comportamiento alimentario en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo. *Nutricion Clinica*, 17-26.
- Correa, M., Di Marco, R., & Otero, R. M. (2008). Comportamiento alimentario en adultos mayores institucionalizados con Deterioro Cognitivo. *Nutricion Clinica*, 17-23.
- Cuesta, T. F. (1999). Nutricion hospitalaria en el anciano. *Alim.Nutri. Salud*, 7-18.

- de la Rica Escuin , M. L., Gonzalez Vaca, J., Carbonell Oliver, J. L., & Abizanda Soler, P. (2013). Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada. Revisión Sistemática. *Revista Clinica de Medicina de Familia*.
- De Luis, D., Izaola, O., De la Fuente, B., Muñoz-Calero, P., & Franco-Lopez, A. (2015). Enfermedades neurodegenerativas; aspectos nutricionales. *Nutricion Hospitalaria*, 946-951.
- Dois Castellon, A., Contreras Mejias, A., Arechabala, M. C., & Urrutia Soto, T. (2007). Validacion de una escala de calidad de vida en un grupo de personas con esquizofrenia de la region Metropolitana- Chile. *Scielo*, 35-44.
- Domínguez , L. L., & Macías Matos, C. (2005). Deficiencia de vitaminas y enfermedad de Alzheimer. *Revista cubana de Salud Publica*.
- Escott Stump, S. (2008). Trastornos neurologicos y mentales. En S. Escott Stump, *Nutricion diagnostico y tratamiento* (págs. 204-268). Baltimore: Lippincott williams & williams.
- Fidel Romano, M., Nissen, M. D., & Paredes, N. M. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 9-12.
- Genua Goena, M. (2001). Nutricion y valoracion del estado nutricional en el anciano. *Matia Fundazioa*, 1-21.
- Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimension de la salud en Mexico. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 409-418.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1987). *Compendio dePsiquiatria*. Nueva York: Salvat.
- Kremer, J. (2003). Diagnosticando la Demencia: su origen, sintomatologia, los diferentes tipos de demencia. En P. M. Bagnati, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (págs. 33-45). Buenos Aires: Polemos.
- Kremer, J., BÜhlmann, A. L., & Perret, L. (2016). Diagnostico de la demencia: su origen, sintomatologia, los diferentes tipos de demencia. En P. M. Bagnati, R. Allegri, J. Kremer, & D. Sarasola, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para la familia* (págs. 59-78). Buenos Aires: Polemos.
- Llibre Rodriguez, J. (2012). Envejecimiento y demencia: implicaciones para la comunidad cientifica, la salud publica y la sociedad cubana. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*.

- Loñ, L., Serrano, C. M., & Allegri, R. F. (2003). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires: Polemos.
- Luis Javier Sanz Rodriguez, A. I. (2011). Hábitos de alimentación en pacientes atendidos en un servicio de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43-52.
- Machado, J., Caram Barreto, C. L., Abdala Frank, A., de Abreu Soares, E., & Laks, J. (2009). El estado nutricional en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de la Asociación médica brasileña*.
- Madruga Acerete, D., Leis Tabrazo, R., & Lambruschini Ferri, N. (s.f.). Obtenido de [www.aeped.es](http://www.aeped.es)
- Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados. *International Journey of Morphology*, 634-645.
- Montero Errasquin, B., & Cruz Jentoft, A. J. (2010). Enfermedades neurológicas. Demencias. En M. Serrano Rios, *Guía de alimentación para personas mayores* (págs. 142-151). Madrid: Ergon.
- Muñoz, A. M., Agudelo, G. M., & Lopera, F. J. (2006). Diagnostico del estado nutricional de los pacientes con demencia tipo Alzheimer registrados en el Grupo de Neurociencias, Medellin, 2004. *Biomédica*, 113-125.
- Najas, M. (2002). ¿Existe una alimentación adecuada? En F. B. Alzheimer, *Manual de cuidadores* (págs. 32-37). San Pablo: Alzheimer Iberoamerica.
- Peña-Casanova, J. (1993). *Las alteraciones psicologicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer*. Baltimore: Fundacion "La Caixa".
- Pujol, S. (2012). Trastornos cognitivos. Trastornos psicicos de la epilepsia. En M. Suarez Richards, *Introduccion a la psiquiatria* (págs. 629-654). Buenos Aires: Polemos.
- Ray S, N., & Oropeza, P. (2014). Evaluación del estado nutricional de adultos mayores que viven en un centro geriátrico en Caracas, basada en técnicas de despistaje de desnutrición Mini Nutritional Assessment (MNA). *Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel*.
- Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramirez, M. C., Lopez, M. V., & Varela, L. E. (2006). Los habitos alimentarios en el adulto mayor y su relacion con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista chilena de nutricion*, 1-12.

- Robles, A., Del Ser, T., & Alom, J. (2002). Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 17-32.
- Rocamora Irlles, J. A., Sanchez-Duque, M. J., de Valle Galindo, P. B., Bernal Lopez, E., Fernandez Palacin, A., Almeida Gonzalez, A., y otros. (2009). Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla. *Nutricion Hospitalaria*.
- Sarasola, D., Garcia Lombardi, J. P., & Buyatti, D. (2016). Trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. En P. M. Bagnati, R. F. Allegri, J. Kremer, & D. Sarasola, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para la familia* (págs. 85-104). Buenos Aires: Polemos.
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., & Mundo-Rosas, V. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *SciELO*.
- Suarez Richards, M. (2012). *Introduccion a la psiquiatria*. Buenos Aires: Polemos.
- Tarazona Santabalbina, F. J., Belenguer Varea, A., Doménech Pascual, J. R., Gac Espínola, H., Cuesta Peredo, D., Medina Domínguez, L., y otros. (2009). Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutricion Hospitalaria*.
- Tragano, F. E., & Sarasola, D. (2003). Síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. En P. M. Bagnati, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (págs. 61-76). Buenos Aires: Polemos.
- Valenzuela, R., Bascuñan, C., & Valenzuela, A. (2008). Ácido docosahexaenoico (DHA): una perspectiva nutricional para la prevención de la enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de nutrición*, 250-260.
- Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Publica de Mexico*, 513-522.
- Zecry, D., Herrmann, F. R., Grandjean, R., Meynet, M. P., Michel, j. p., Gold, G., y otros. (2008). Demented vs non- demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status. *Oxford Journals*, 83-89.

# Anexos



PRUEBA DE CHI CUADRADO DE INDEPENDENCIA

Frecuencias observadas (Deterioro Cognitivo / Diagnostico nutricional):

	Descenso de peso			Descenso de peso en el último tiempo		Leve aumento de peso en el último tiempo		Mantenimiento de peso		No se observan cambios significativos en el peso		Riesgo de bajo peso		Total
	Bajo peso	Descenso de peso en el último tiempo	Descenso de peso en el último tiempo	Leve aumento de peso en el último tiempo	Leve aumento de peso en el último tiempo	Mantenimiento de peso	No se observan cambios significativos en el peso	Normal	Sobrepeso					
Leve	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Leve	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
Leve-	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	
Moderado	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	4	
Moderado	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	
Moderado-	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Severo	0	0	0	0	0	0	4	2	1	1	0	0	8	
Moderado-severo	2	2	1	1	1	0	4	0	0	0	0	1	11	
Severo	3	2	1	1	1	1	11	6	2	3	2	3	30	

Fuente: Elaboración propia

## Análisis factorial de correspondencias múltiples:

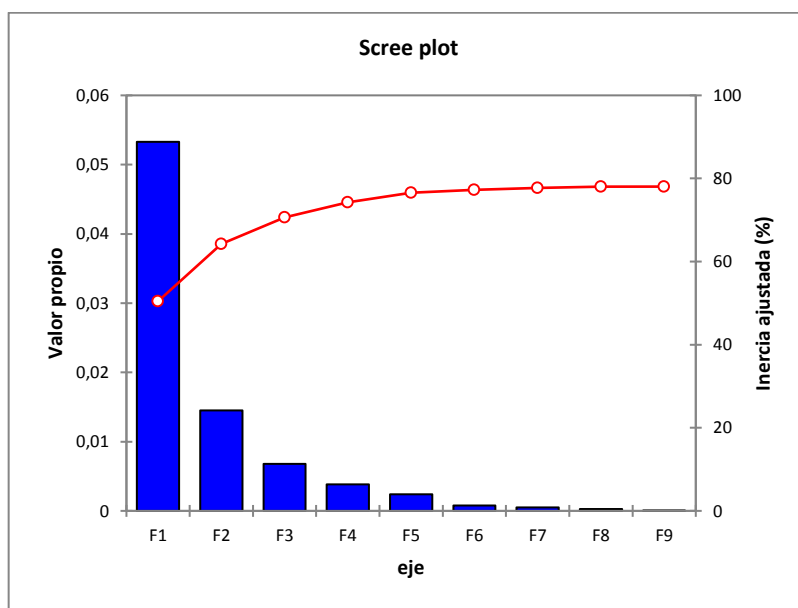
Estadísticas descriptivas:

Variable	Categorías	Frecuencias	%
Deterioro Cognitivo	Leve	1	3,333
	Leve	1	3,333
	Leve-Moderado	3	10,000
	Moderado	4	13,333
	Moderado	1	3,333
	Moderado-Severo	1	3,333
	Moderado-severo	8	26,667
Grado Evolutivo	Severo	11	36,667
	1	2	6,667
	2	8	26,667
	3	9	30,000
Mezcla y Juega	4	11	36,667
	1	12	40,000
Habla durante la comida	2	18	60,000
	1	8	26,667
Deja la mesa	2	22	73,333
	2	30	100,000
Ignora la comida	1	3	10,000
	2	27	90,000
Consume con Diversidad	1	16	53,333
	2	14	46,667
Utiliza las manos	1	4	13,333
	2	26	86,667
Cantidad de alimento consumida en cada bocado	Normal	9	30,000
	Poco	21	70,000
Rechaza la Comida	1	6	20,000
	2	24	80,000
Comida Cortada	1	10	33,333
	2	20	66,667
Procesado	1	16	53,333
	2	14	46,667
Consume lo que le gusta	1	20	66,667
	2	10	33,333
Líquidos	1	30	100,000
Acepta, pero no traga los alimentos	1	7	23,333
	2	23	76,667
Mantiene la boca abierta	1	16	53,333
	2	14	46,667
Alimentación por sí mismo	1	13	43,333
	2	17	56,667
Requiere ser alimentado intermitentemente	1	3	10,000
	2	27	90,000
Requiere asistencia alimentaria	1	14	46,667
	2	16	53,333

Fuente: Elaboración propia

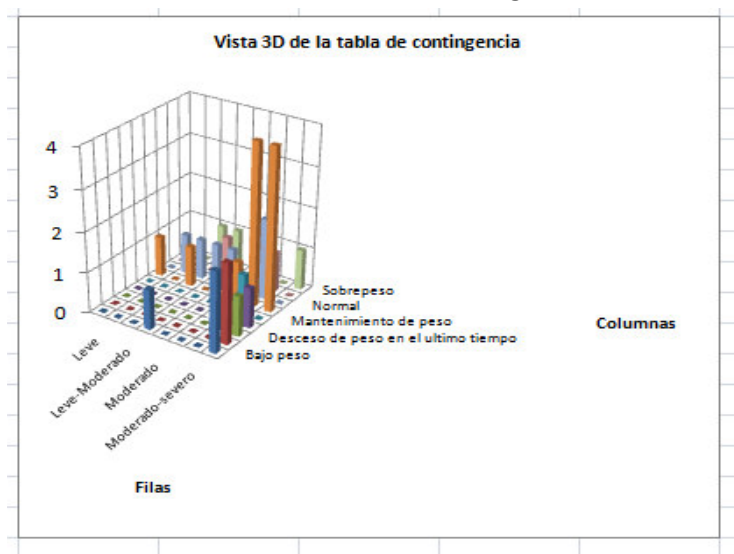


Gráfico de sedimentación nº 1



Fuente: Elaboracion propia

Gráfico nº 2: Tabla de Contingencia



Fuente: Elaboración propia

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Deterioro Cognitivo / Dx nutricional):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	34,365
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	74,468
GDL	56
p-valor	0,990
alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la tabla son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0,05$ , se puede aceptar la hipótesis nula H0.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 98,99%.

### Estadísticos descriptivos de distintas variables:

Variable	N	N*	Media	Error		Desv.Est.	Mínimo	Q1	Mediana
				la media	estándar de				
Edad	30	0	81,17	1,80	9,89	58,00	74,75	82,00	
Peso	14	15	67,39	4,63	17,34	40,50	55,75	66,20	
Talla	14	15	1,6364	0,0292	0,1093	1,5100	1,5600	1,6050	
IMC	14	15	24,757	0,981	3,669	17,300	22,200	24,800	
Grado Evolutivo	30	0	2,967	0,176	0,964	1,000	2,000	3,000	
Mezcla y Juega	30	0	1,6000	0,0910	0,4983	1,0000	1,0000	2,0000	
Habla durante la comida	30	0	1,7333	0,0821	0,4498	1,0000	1,0000	2,0000	
Deja la mesa	30	0	2,0000	0,000000	0,000000	2,0000	2,0000	2,0000	
Ignora la comida	30	0	1,9000	0,0557	0,3051	1,0000	2,0000	2,0000	
Consume con Diversidad	30	0	1,4667	0,0926	0,5074	1,0000	1,0000	1,0000	
Utiliza las manos	30	0	1,8667	0,0631	0,3457	1,0000	2,0000	2,0000	
Rechaza la Comida	30	0	1,8000	0,0743	0,4068	1,0000	2,0000	2,0000	
Comida Cortada	30	0	1,6667	0,0875	0,4795	1,0000	1,0000	2,0000	
Procesado	30	0	1,4667	0,0926	0,5074	1,0000	1,0000	1,0000	
Consume lo que le gusta	30	0	1,3333	0,0875	0,4795	1,0000	1,0000	1,0000	
Líquidos	30	0	1,0000	0,000000	0,000000	1,0000	1,0000	1,0000	
Acepta pero no traga los	30	0	1,7667	0,0785	0,4302	1,0000	1,7500	2,0000	
Mantiene la boca abierta	30	0	1,4667	0,0926	0,5074	1,0000	1,0000	1,0000	
Alimentación por si mism	30	0	1,5667	0,0920	0,5040	1,0000	1,0000	2,0000	
Requiere ser alimentado	30	0	1,9000	0,0557	0,3051	1,0000	2,0000	2,0000	
Requiere asistencia alim	30	0	1,5333	0,0926	0,5074	1,0000	1,0000	2,0000	

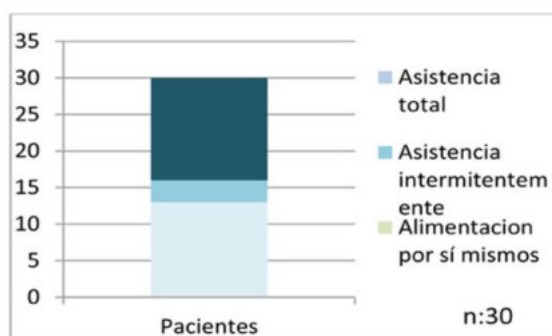
## Estado nutricional, consumo alimentario y análisis del menú brindado en pacientes con Alzheimer

Mariana Piñero

**El aumento de la prevalencia del Alzheimer debe estimular el trabajo del profesional en nutrición, quien tiene la responsabilidad de brindar un óptimo soporte nutricional durante todas las etapas de la enfermedad y favorecer de esta manera a mantener un estado nutricional adecuado.**

**Objetivo:** Analizar la relación entre el estado nutricional, el consumo alimentario y el análisis del menú brindado en pacientes con Alzheimer en residencia de adultos mayores con atención psiquiátrica de la ciudad de Mar del Plata.  
**Hipótesis:**  
H1 En la medida en que se acrecienta el estadio evolutivo de la enfermedad de Alzheimer se produce un deterioro en el estado nutricional.  
H2 A medida que avanza la enfermedad en sus estadios evolutivos es menor el consumo alimentario.

Cuadro de dependencia alimentaria

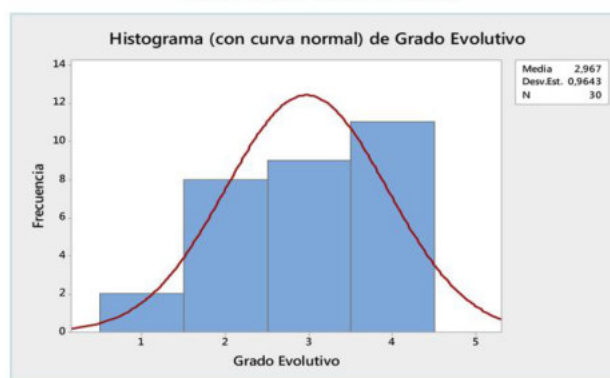


Fuente: Elaboración propia

**Materiales y métodos:** El estudio es de enfoque observacional, descriptivo, correlacional, y de corte longitudinal. La unidad de análisis está compuesta por cada uno de los pacientes que se encuentran en dos geriátricos psiquiátricos de la ciudad de Mar del Plata. La muestra de 30 adultos mayores con diagnóstico de Alzheimer en los distintos grados evolutivos de la enfermedad es seleccionada en forma no probabilística por conveniencia. Para el análisis del estado nutricional de los pacientes a través de mediciones de peso (balanza de piso), talla (medición de semivergadura) y su relación con el indicador IMC en los pacientes que deambulan. Y en aquellos que se encuentran postrados se indagó en la entrevista con la nutricionista acerca del peso observado de los mismos en el último tiempo, además de información pertinente para la investigación. También se realizó una observación de los pacientes a la hora de alimentarse para determinar la actitud de los mismos frente a los alimentos, con una toma de fotografías del menú principal y del postre antes y después de ser consumido.

**Resultados:** Del 46,6% de pacientes que pudieron ser medidos, la mayor parte (42,8%) se encontraban dentro de la normalidad, un 21,4% con bajo peso, un 14,2% con riesgo de bajo peso y un 21,4% que presentan sobrepeso. De los que no pudieron ser medidos la mayoría (75%) no presentaron modificaciones en el peso en el último tiempo, un 18,7% y un 6,25% aumento levemente de peso. El mayor porcentaje requieren asistencia que se correlaciona con la gravedad acrecentada de su enfermedad. La totalidad de los pacientes toleran los líquidos y el mayor porcentaje consume los alimentos de forma semisólida, el resto consume sólidos, y dentro de éstos la mayoría requiere que le corten los alimentos previamente. En cuanto al consumo hay una preferencia total por los hidratos de carbono simples.

Grado evolutivo de la enfermedad



Fuente: Elaboración propia

**Conclusiones:** Se observó relación entre el deterioro del estado nutricional y la evolución de la enfermedad de los pacientes ya que los que se encuentran con bajo peso y riesgo del mismo son los que se encuentran en los estadios más avanzados de la enfermedad y con el mayor deterioro cognitivo. También se detectó que a medida que aumenta la enfermedad se dificulta el proceso de alimentación, por lo que se busca evitar la monotonía de alimentos para incentivar el consumo en cada momento. Analizando la dependencia alimentaria de los pacientes el 46 % requieren asistencia alimentaria que se correlaciona con la gravedad acrecentada de su enfermedad. No se encontró relación entre la evolución de la enfermedad y la disminución del consumo alimentario, ya que a medida que el paciente se deteriora se adapta la alimentación a sus posibilidades ya sea en cuanto a consistencia u asistencia y por ende los pacientes no tienen problemas para alimentarse.

**REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA  
AUTORIZACION DEL AUTOR<sup>72</sup>**

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

**1. Autor:**

Apellido y Nombre: Piñero Mariana Delfina

Tipo y Nº de Documento: DNI 37824573

Teléfono/s: 223 155127747

E-mail: maru.pi@live.com.ar

Título obtenido: Licenciatura en Nutrición

**2. Identificación de la Obra:** TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Estado nutricional, consumo alimentario y análisis del menú brindado en pacientes con Alzheimer

Fecha de defensa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2016

**3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)**



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

**4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero [ ]**

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

---

Firma del Autor Lugar y Fecha

---

<sup>72</sup> Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

Universidad FASTA  
Facultad de Ciencias Medicas  
Licenciatura en Nutrición



Mariana Piñero