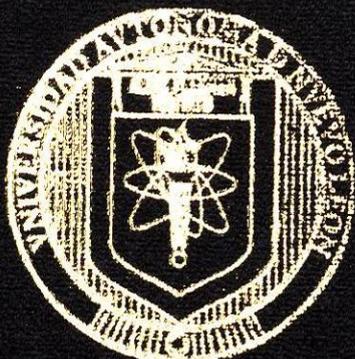


**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA Y NUTRICION
LICENCIATURA EN NUTRICION**



**"DIFICULTADES DE ALIMENTACION EN ADULTOS
MAYORES CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADOS"**

**TESIS
QUE EN OPCION A TITULO DE
LICENCIADO EN NUTRICION**

**PRESENTA
BLANCA IDALIA GONZALEZ GARCIA**

MONTERREY, N. L.

DICIEMBRE 2007

TL
R0815
3
-5
.G66
2007
c.1



1080082880

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN



"DIFICULTADES DE ALIMENTACION EN ADULTOS
MAYORES CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADOS"

Tesis

que en opción a título de
Licenciado en Nutrición

TESIS
QUE EN OPCION A TITULO DE
LICENCIADO EN NUTRICION

PRESENTA
BLANCA IDALIA GONZALEZ GARCIA

MONTERREY, N. L.

DICIEMBRE 2007





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN



**“Dificultades de alimentación en adultos mayores
con demencia institucionalizados”**

Tesis

Que en opción a título de
Licenciado en Nutrición

Presenta

Blanca Idalia González García

Monterrey, Nuevo León

Diciembre, 2007

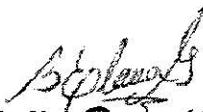
Enero de 2007

QBP. Ana Alicia Alvidrez Morales, MSP.
Coordinadora del Departamento de Titulación
Facultad de Salud Pública y Nutrición-UANL
Presente

Por medio de la presente me permito hacer **CONSTAR** que el proyecto de tesis titulada "***Dificultades de alimentación en adultos mayores con demencia institucionalizados***" que aplica la Pasante de la Licenciatura en Nutrición ***Blanca Idalia González García***, fue aprobada para su desarrollo e implementación el 22 de enero de 2007 como consta en el registro y archivos de esta Coordinación.

Sin otro particular, le reitero mi más alta estima.

Atentamente
"Alere Flammam Veritatis"



Blanca Edelia González Martínez, Dra.
Jefa del Departamento de Investigación

C.c. Archivo

BEGM/jmpr.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN

Diciembre 21 de 2007

QBP. Ana Alicia Alvírez Morales, MSP.
Coordinadora del Departamento de Titulación
de la Facultad de Salud Pública y Nutrición-UANL
Presente

Por medio de la presente me permito hacer **CONSTAR** que el proyecto de tesis titulada **"Dificultades de alimentación en adultos mayores con demencia institucionalizados"**, que desarrolló pasante de la Licenciatura en Nutrición **Blanca Idalia González García**, ha sido aprobado por el Comité de Tesis de nuestra Facultad.

Por lo anterior, solicito a usted se proceda con los trámites conducentes en este caso.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"

Blanca Edelia González Martínez, Dra. en C.
Jefa del Departamento de Investigación

C.c. Archivo.

BEG/jmpr

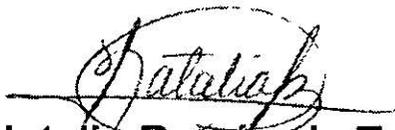
Ave Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yolanda
Col. Mitrás Centro C. P. 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Teléfono (51) 8348 64 47, 8348 43 54, 8333 99 67 y 8348 60 80 (en fax)
E-mail: yolanda.dejagarza@uanl.mx, faspyn@faspyuanl.mx

Dictamen del Comité de Tesis

Como Miembro del Comité de Tesis de la Facultad de Salud Pública y Nutrición APRUEBO la tesis titulada ***“Dificultades de alimentación en adultos mayores con demencia institucionalizados”*** presentada por **Blanca Idalia González García**, con la finalidad de obtener el Grado de Licenciatura en Nutrición.

Monterrey, Nuevo León a 14 de Diciembre de 2007.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”



Luz Natalia Berrón de Tamez, MSP
Miembro del Comité de Tesis

C.c. Archivo

Dictamen del Comité de Tesis

Como Miembro del Comité de Tesis de la Facultad de Salud Pública y Nutrición Aprobado la tesis titulada **"Dificultades de alimentación en adultos mayores con demencia institucionalizados"** presentada por Blanca Idalia González García, con la finalidad de obtener el Grado de Licenciatura en Nutrición.

Monterrey, Nuevo León a 18 de Diciembre de 2007.

Atentamente
"Alere Flammam Veritatis"



Blanca Edelia González Martínez, Dra. en C.
Miembro del Comité de Tesis

C.c. Archivo

Dictamen del Comité de Tesis

Como Miembro del Comité de Tesis de la Facultad de Salud Pública y Nutrición propur la tesis titulada **"Dificultades de alimentación en adultos mayores con demencia institucionalizados"** presentada por Blanca Idalia González García, con la finalidad de obtener el Grado de Licenciatura en Nutrición.

Monterrey, Nuevo León a 19 de dic de 2007.

Atentamente
"Alere Flammam Veritatis"



María Teresa González Martínez, MEC
Miembro del Comité de Tesis

C.c. Archivo

Asesor
Lic. Nut. Hilda Irene Novelo Huerta, MSP

Co-Asesor
Dr. Anthony Fiorini

Consultor
Dr. Stephen Abela

Esta tesis esta dedicada a
Héctor Hugo Ramírez Martínez (†),
mi Ángel y fuerza para
estar donde estoy.

Indice

• Agradecimientos	1
• Declaración de Autenticidad	2
• Glosario de Acrónimos Utilizados	3
• Resumen	4
1. Introducción	6
2. Problema a Investigar	7
2.1. Delimitación	7
2.2. Justificación	7
2.3. Objetivos	8
2.3.1. General	8
2.3.2. Específicos	8
3. Marco Teórico	10
3.1. Demencia	10
3.1.1. Demencia en el adulto mayor	10
3.2. Nutrición	12
3.2.1. Nutrición y Demencia	12
3.2.2. Malnutrición	12
3.2.3. Desnutrición, pérdida de peso y demencia	13
3.3. Dificultades de alimentación	15
3.3.1. Alimentación	15
3.3.2. Dificultades de alimentación de demencia	16
3.4. Intervenciones de enfermería	18
3.4.1. Cuidados de enfermería	18
4. Hipótesis	20
4.1. Desarrollo	20
4.2. Estructura	20
4.2.1. Tipo de hipótesis	20
4.2.2. Unidad de análisis	20

4.2.3. Variables	20
4.3. Operacionalización	21
5. Diseño	24
5.1. Metodológico	24
5.1.1. Tipo de Estudio	24
5.1.2. Unidades de observación	24
5.1.3. Temporalidad	24
5.1.4. Ubicación espacial	25
5.1.5. Criterios de inclusión	25
5.1.6. Criterios de exclusión	25
5.2. Estadístico	26
5.2.1. Marco muestral	26
5.2.2. Tamaño de la muestra	26
5.2.3. Tipo de muestreo	26
5.2.4. Análisis Estadístico	26
6. Métodos y procedimientos	27
7. Resultados	28
7.1. Estudio de frecuencia sobre la edad	28
7.2. Género	30
7.3. Supervisión requerida	31
7.4. Ayuda Física	33
7.5. Derrame de comida	35
7.6. Dejar comida en el plato	37
7.7. Rehusar a comer	39
7.8. Voltea la cabeza	41
7.9. Rehusar a abrir la boca	43
7.10. Escupir la comida	45
7.11. Dejar la boca abierta	47
7.12. Rehusar a deglutir	49
7.13. Nivel necesario de cuidado	51
8. Análisis de resultados	53

Lista de tablas

	<u>Página</u>
1. Distribución de edad de todos los participantes	28
2. Distribución de género de todos los participantes	30
3. Supervisión requerida de todos los participantes	31
4. Ayuda física requerida de todos los participantes	33
5. Derramar los alimentos durante la alimentación de todos los participantes	35
6. Dejar comida en el plato de todos los participantes	37
7. Rehusar a comer de todos los participantes	39
8. Voltar la cabeza de todos los participantes	41
9. Rehusar a abrir la boca de todos los participantes	43
10. Escupir la comida de todos los participantes	45
11. Dejar la boca abierta de todos los participantes	47
12. Rehusar a deglutir de todos los participantes	49
13. Nivel de cuidado requerido de todos los participantes	51

Lista de gráficas

	<u>Página</u>
1. Distribución de edad de todos los participantes	29
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
2. Distribución de género de todos los participantes	30
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
3. Supervisión requerida de todos los participantes	32
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
4. Ayuda física requerida de todos los participantes	34
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
5. Derramar los alimentos durante la alimentación de todos los participantes	36
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
6. Dejar comida en el plato de todos los participantes	38
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
7. Rehusar a comer de todos los participantes	40
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
8. Escupir la comida de todos los participantes	42
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
9. Refuse to Open the Mouth of All the Study Participants	44
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
10. Escupir la comida de todos los participantes	46

(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
11. Dejar la boca abierta de todos los participantes	48
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
12. Rehusar a deglutir de todos los participantes	50
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	
13. Nivel de cuidado requerido de todos los participantes	52
(a) Todos los participantes	
(b) Participantes del estudio por género	

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profunda gratitud a las siguientes personas:

- A Dios por llenar mi vida de amor, dicha y bendiciones.
- Mis queridos padres, por darme la familia más hermosa, por su amor incondicional, por ser mi apoyo todo el tiempo y mi fuente de aliento diario.
- A mi amor Daniel, gracias por tu apoyo, tus consejos y por enseñarme a lograr lo que me proponga, gracias por ayudarme día con día a amar lo que tengo y lo que hago.
- Mi hermano Javier, mi cuñada Minerva y mi sobrino Dael, por siempre estar ahí cuando los he necesitado y darme ánimos para realizar mis sueños.
- Mi hermano Roberto, mi cuñada Sandra y mi sobrino Emilio, por apoyarme en todas mis decisiones y por enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr lo que nos proponemos.
- Mis abuelitos por ser mi inspiración para cuidar de los adultos mayores y aprender cada día más para ayudarlos.
- Todos mis amigos por estar siempre ahí cuando los he necesitado y por apoyarme todo el tiempo.
- A Lic. Yolanda Elva de la Garza, por su calidez, sugerencias y confianza depositada en mi.
- A Lic. Hilda Novelo y al Dr. Anthony Fiorini, mis supervisores, por su apoyo, aliento y dirección desde el primer día.
- A mis compañeros del CREAM, por enseñarme el verdadero amor al cuidado de los adultos mayores, por promover en mi el interés de aprender cada día más sobre geriatría y gerontología.

Declaración de Autenticidad

Yo, Blanca Idalia González García, declaro que mi tesis titulada "Dificultades de alimentación en adultos mayores con demencia institucionalizados", es completamente original y que el trabajo fue hecho solamente por mi.

Blanca I. González García
Investigador

Lic. Hilda Irene Novelo Huerta, MSP
Asesor

Fecha:

Fecha:

Glosario de Acrónimos Utilizados

Escala EdFED	-	Escala de evaluación de la alimentación en demencia de Edinburgh
DMS	-	Etapas de Demencia Moderada a Severa
No.	-	Numero
SD	-	Desviación Estándar
SVPR	-	St. Vincent de Paul Residence
OMS	-	Organización Mundial de la Salud

Resumen

La esperanza de vida media y la proporción de adultos mayores en la población seguirá incrementándose en las siguientes décadas. Como consecuencia, el número de enfermedades relacionadas con el envejecimiento (ejem. Demencia) se incrementarán. Hoy en día, se estima que alrededor del 6.7% (3,500) de la población maltesa de mas de 65 años de edad sufre de demencia. A la gente con demencia, especialmente aquellos con el tipo Alzheimer, se le ha identificado tener un alto riesgo de padecer problemas de alimentación y/o malnutrición.

Un estudio de investigación cuantitativo se realizó del día 27 de Marzo al 5 de Abril del 2006 para determinar los siguientes aspectos de las dificultades de alimentación en adultos mayores institucionalizados con demencia en Malta:

- Prevalencia de dificultades de alimentación entre los adultos mayores con demencia utilizando un cuestionario que incluye la escala EdFED.
- Prevalencia de intervenciones de enfermería durante el tiempo de alimentación de los adultos mayores con demencia utilizando un cuestionario que incluye la escala EdFED.
- Prevalencia de abstinencia y pasividad del paciente utilizando un Cuestionario que incluye la escala EdFED.

El estudio se realizó en las salas de Psicogeriatría de la Residencia de St. Vicent de Paul (SVPR), la institución de estancia prolongada más grande en el mundo, con una muestra de 31 residentes (22 femeninos y 9 masculinos) del 27 de Marzo al 5 de Abril del 2006. Las dificultades de alimentación fueron evaluadas utilizando el cuestionario que incluye la escala EdFED.

Del estudio, se encontró que la prevalencia de las intervenciones de enfermería durante el tiempo de alimentación de los residentes era en su mayoría del tipo apoyo-educativo. La incidencia de la población masculina que requería ayuda física durante la alimentación era más alta que entre la población femenina, además que tendían a tener más dificultades de alimentación. También se encontró que la población femenina tendía a tener más problemas de tipo pasivo-abstinente. Se encontró que la escala EdFED era una herramienta útil para la evaluación de los problemas de alimentación en la SPVR.

1. Introducción

Las dificultades de alimentación en los adultos mayores con demencia son bien conocidas. Este estudio presenta un resumen de la literatura en este rubro y demuestra las dificultades de alimentación en pacientes con demencia. Los adultos mayores con demencia manifiestan una gama de conductas relacionadas con la alimentación que incluyen ingesta excesiva de alimentos en etapas tempranas de la demencia, posteriormente dificultad para alimentarse, rechazo a los alimentos y finalmente pérdida de la capacidad para autoalimentarse.

El marco teórico inicia con una breve introducción al concepto de la demencia en adultos mayores y sus diferentes etapas. Además se incluye una presentación de la literatura sobre la alimentación en los adultos mayores con demencia, los conceptos de malnutrición, desnutrición, alimentación, ingesta de alimentos y conductas de alimentación. Dicha presentación incluye la explicación de las dificultades de alimentación en adultos mayores con demencia y concluye con una explicación de las intervenciones de enfermería.

2. Problema a investigar

Dificultades de la alimentación en adultos mayores con demencia institucionalizados.

2.1 Delimitación

El presente estudio fue realizado en la Residencia para adultos mayores St. Vincent de Paul en Luqa, Malta. El 100% de los residentes evaluados fueron nacidos en Malta y cumplieron los criterios de inclusión del estudio. La evaluación transversal se realizó el 27 de Marzo al 5 de Abril del 2006 con una muestra de 33 pacientes. Se consideraron 11 variables que equivalen a las 11 preguntas del cuestionario de Edinburgh (Supervisión requerida, ayuda física requerida, si el paciente derrama los alimentos y bebidas, deja comida en el plato, rehúsa a comer, voltea la cabeza, rehusar a abrir la boca, escupir, dejar la boca abierta, rehusar a deglutir, nivel del cuidado requerido).

2.2 Justificación

Este estudio se justifica desde varios puntos de vista. Demográficamente, la esperanza de vida media y la proporción de adultos mayores en la población seguirá incrementándose en las siguientes décadas, la población actual de adultos mayores en Malta es de 57,000 (15.02 %) y de esta población se estima que el 6.1% (3,500) sufre de demencia, la cual es un síndrome geriátrico que clínicamente (descripción detallada en el marco teórico) se ha convertido en una de las entidades patológicas que impactan con mayor grado al paciente, su

familia y la sociedad en general, debido al grado de discapacidad y comorbilidad que se presenta, aunado de los trastornos de conducta y de alimentación que en el presente estudio se han valorado. Por lo tanto, estudiar las dificultades de alimentación en este grupo de pacientes podría dar solución a uno de los problemas más frecuentes que incrementan la morbilidad y mortalidad del paciente geriátrico. A su vez, incrementar el número de estudios en áreas como geriatría y gerontología y sus distintas patologías favorecerá en fortalecer y mejorar el diagnóstico y tratamiento de estas entidades, especialmente de las demencias.

2.3 Objetivos

2.3.1 General

Determinar las dificultades de alimentación que presenten los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de demencia e institucionalizados en la residencia St. Vincent de Paul en Luqa, Malta.

2.3.2 Especificos

- a) Establecer la prevalencia de las dificultades de alimentación entre los adultos mayores con demencia utilizando un cuestionario que incluye la escala EdFED.

- b) Determinar el grado de intervención de enfermería durante el tiempo de alimentación del paciente adulto mayor con demencia utilizando un cuestionario que incluye la escala EdFED.
- c) Estipular la prevalencia de la obstinencia o pasividad del paciente utilizando un cuestionario que incluye la escala EdFED

3. Marco Teórico

3.1 Demencia

3.1.1 Demencia en el adulto mayor

La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, usualmente de tipo crónico o progresivo, en el cual existe una afectación de múltiples funciones corticales altas, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. No existe impedimento en la conciencia. Las alteraciones de la función cognitiva están comúnmente acompañados y en ocasiones precedidos por un deterioro en el control emocional, comportamiento social o motivación. Este síndrome ocurre en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras condiciones primarias o secundarias del cerebro (OMS, 2003).

La demencia y sus etapas (Figura 1) se definen clínicamente por los patrones graduales y progresivos de declinación de la cognición que se acompaña de síntomas neuropsiquiátricos. Las etapas moderadas a severas (DMS) se caracterizan por su prevalencia y por sus transiciones, donde la pérdida cognitiva se acelera, los síntomas neuropsiquiátricos aumentan y la autonomía funcional se pierde. Mas allá de los complejos síntomas cognitivos y neuroconductuales en DMS, una gama de otros aspectos surgen, incluyendo desórdenes motores, problemas nutricios e incontinencia. El cuidado neurológico

de éstas etapas de demencia requiere una valoración y manejo experto.
(Feldman et al, 2005).

Figura. Decadencia Progresiva Observada en la Demencia

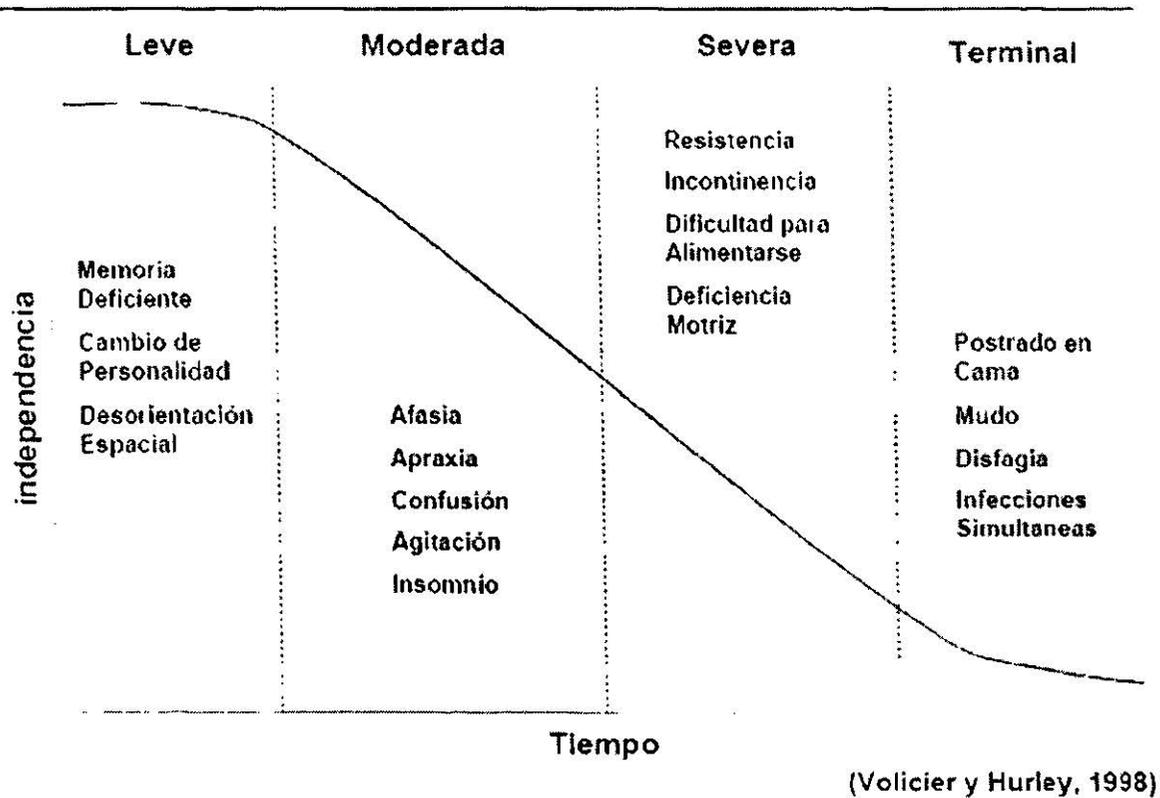


Figura 1.- Decadencia Progresiva Observada en la Demencia

Una proporción creciente de aproximadamente 3,500 adultos mayores malteses con demencia están sobreviviendo hasta las últimas etapas de la enfermedad, en donde son dependientes en todas las actividades de la vida diaria. Los pacientes con demencia avanzada experimentan problemas médicos y nutricios agudos, los cuales son esperados en la última fase de su enfermedad (ejemplo.- neumonía, problemas de alimentación) (Herbert, 2000).

3.2 Nutrición

3.2.1 Nutrición y demencia

Existen relaciones complejas entre los padecimientos de nutrición y demencia. La demencia, principalmente Alzheimer, esta asociada con un aumento de desnutrición energético-proteica. La pérdida de peso y los problemas de alimentación se incrementan con la severidad y progresión de la demencia. La demencia, principalmente la Enfermedad de Alzheimer esta asociada, con un alto riesgo de malnutrición. No se ha comprobado si la desnutrición por si misma tiene un impacto negativo en la función cognitiva o si la intervención de la nutrición puede mejorar la función cognitiva en personas con demencia.

3.2.2 Malnutrición

La malnutrición es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades del cuerpo y la ingesta de nutrientes, los cuales pueden llevar a síndromes de deficiencia, dependencia, toxicidad y/o obesidad. (Manual Merck, 2006)

La malnutrición puede incluir la desnutrición la cual resulta de una deficiencia en la disponibilidad de los nutrientes con respecto a las necesidades metabólicas y de los tejidos.

3.2.3 Desnutrición, pérdida de peso y demencia

Las causas de desnutrición en los adultos mayores, varía desde de lo social y económico hasta lo patológico (Lehmann, 1989) pero una de las causas más comunes son cualquier forma de demencia. (Launer et al, 1996)

Es común encontrar bajo peso en los pacientes con demencia (Renvall 1993, Wolf-Klein 1995, Grundman 1996, White 1996) y la etiología de esta condición no se conoce bien. Más sin embargo, La corteza temporal mesial, que es la región del cerebro que esta involucrada en el comportamiento de alimentación y en la memoria, muestra una atrofia significativa en los pacientes con demencia (Grundman 1996). Este descubrimiento apoya la conexión entre el daño del sistema límbico y el bajo peso corporal en la demencia. Sin embargo, otros investigadores creen que la pérdida de peso es una consecuencia de la demencia y no refleja lesiones específicas del cerebro (Du 1993). La mayoría acepta que la historia natural de la demencia puede caracterizarse por una disfunción en el peso corporal y en la regulación del apetito (White 1996).

White et al en 1997 publicó un estudio donde concluyó que la pérdida de peso se considera un fuerte predictor de mortalidad y que la relación con desnutrición y demencia ha sido confirmada en algunos estudios. Lo que enfatiza que la perdida de peso y la subsiguiente malnutrición pueden ser parte inevitable de la historia natural de la demencia en últimas fases.

La pérdida de peso, es un fuerte predictor de mortalidad (White et al, 1997). Por lo que la relación entre desnutrición, pérdida de peso y demencia se ha confirmado en algunos estudios (White et al, 1998). La pérdida de peso y la subsecuente malnutrición pueden ser una parte inevitable de la historia natural de la demencia en sus últimas fases.

La pérdida de peso no intencional ha sido reportada en el 50% de pacientes institucionalizados con demencia, y hasta el 30% de pacientes con demencia media-moderada que no están institucionalizados (White, 1998). Aun, la patogénesis de la pérdida de peso en la demencia no es muy clara (Ejemplo: Enfermedad de Alzheimer), pero una combinación de factores puede jugar un papel importante en dicha patogénesis (Figura 2) (White, 2005).

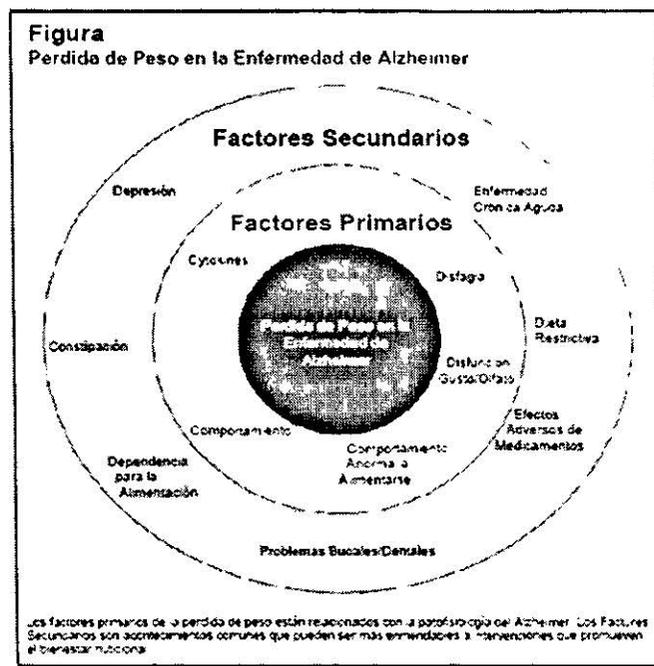


Figura 2.- Perdida de Peso en la Enfermedad de Alzheimer

Tanto los factores primarios como secundarios, pueden contribuir a la pérdida de peso en las fases avanzadas de la demencia. Los factores primarios se atribuyen a la fisiopatología de la enfermedad y pueden o no ser susceptibles a la intervención. Los factores secundarios no son atribuibles a la fisiopatología de la enfermedad, pero son comúnmente condiciones encontradas que pueden contribuir a la pérdida de peso y son quizás más susceptibles a la intervención. (White, 2005).

3.3 Dificultades de alimentación

3.3. 1 Alimentación

Alimentación: se define como, "El proceso de llevar el alimento del plato a la boca. Es un sentido primitivo sin la preocupación por sutilezas sociales." (Katz, et al, 1970)

Comer: La alimentación se diferencia del comer, que se define como "la habilidad de transferir los alimentos del plato al estómago a través de la boca". (Siebens et al., 1986)

Conducta de la alimentación: es un enfoque del medio y contextual, se debe examinar la interacción entre la persona siendo alimentada y el cuidador, así como también sus actividades por separado. (Amella & DiMaria, 2001)

3.3.2 Dificultades de alimentación en demencia.

Las dificultades de alimentación son mas frecuentes en adultos mayores que en los jóvenes, (Lenhmann, 1998), y aún más en pacientes con demencia. (Watson, 1989)

A pesar que pueden existir variaciones de persona a persona, las dificultades de alimentación, incluyendo problemas de deglución, son más comunes en las fases avanzadas de la demencia. Existen estudios que demuestran que normalmente el comer es la última de las actividades de la vida diaria que se olvida durante el progreso de la demencia. Los pacientes se vuelven susceptibles a la aspiración de alimentos, tanto líquidos como sólidos. Las dificultades de alimentación han sido estudiados extensamente durante los últimos años, son solo algunos de los cambios en hábitos alimenticios que están correlacionados con la demencia.

Los cambios conductuales de alimentación incluyen la disminución y/o incremento de la ingesta de alimentos y sustancias inapropiadas o repugnantes (Morris et al, 1989). De igual manera se presenta el caso de un incremento en la ingesta de alimentos en las primeras etapas de la demencia. Pero cualquiera

que sea el patrón que tome el curso de la demencia, las etapas finales son inevitablemente asociadas con una disminución en la ingesta de alimentos y con un incremento en las dificultades de alimentación.

La demencia esta más asociada con problemas en la alimentación, manejo de alimentos en el plato, el transporte a la boca, manipulación de alimentos en la boca, en la deglución, oclusión de la mandíbula y arrojar los alimentos fuera de la boca, que con otras condiciones (sin demencia) (Athlin, 1989).

Puede haber conductas anormales mas sutiles de la alimentación, como los son la fluctuación del apetito, alucinaciones sobre la comida (ejemplo.- pensar que la comida esta envenenada), incremento de la distracción en los tiempos de comida y cambios en las preferencias de alimentos (Morris et al, 1989). Así mismo hay problemas de alimentación como negación para comer, voltear la cabeza, negación a abrir la boca, lanzar la comida, dejar que la comida salga de la boca, negación a deglutir y ahogarse (Watson, 1997). Las últimas etapas de la demencia se caracterizan por una pérdida de la capacidad para alimentarse o ser alimentados.

3.4 Intervenciones de enfermería

3.4.1 Cuidados de enfermería

Los enfermeros están involucrados en la identificación, tratamiento y prevención de las dificultades de la alimentación, así como en las complicaciones de la pérdida de peso. El personal de enfermería son la línea frontal para ofrecer alimentación asistida en ambientes de cuidados de largo plazo, donde los pacientes presentan más frecuentemente dificultades en la alimentación (Watson, 1993) y donde la malnutrición en los adultos mayores es más común (Keller, 1993). Además de las consideraciones biológicas antes mencionadas, la importancia de la alimentación se basa también en otras funciones como son; la expresión del cuidado (Miles, 1985 y Norberg, 1987) y en el reconocimiento de la humanidad del paciente que es además, incapaz de alimentarse (Hellen, 1992).

El efecto de la demencia progresiva en la función de deglución y en la independencia para comer/alimentarse cambiará con el curso de la enfermedad. Los enfermeros pueden jugar un papel fundamental como miembro del equipo interdisciplinario para el cuidado de la salud, evaluando la naturaleza de estos problemas y los factores que contribuyen, desarrollando un plan individualizado de cuidado para manejar efectivamente las conductas y estrategias para asegurar una nutrición e hidratación óptima del paciente.

Desde las primeras etapas de la enfermedad (olvidos y confusión) hasta las últimas etapas donde ocurre la muerte, muchos pacientes necesitarán supervisión, recordatorios constantes y direcciones simples para completar sus comidas. Los enfermeros, cuidadores y profesionales de la salud deben tomar provisiones para animar y mantener una nutrición adecuada para los pacientes con demencia.

Las dificultades de alimentación han recibido considerable atención en la literatura de enfermería. Los estudios han incluido análisis éticos de la interacción entre los enfermeros y los pacientes con demencia (Akerfund, 1985), descripciones de dificultades para la alimentación (Volicer, 1989), intervenciones de enfermería (Michaelsson, 1987) y evaluaciones de dificultades de alimentación. Sin embargo, faltan estudios que demuestren la naturaleza precisa de las intervenciones de enfermería en dificultades para la alimentación y la efectividad de dichas intervenciones en pacientes con demencia (Watson, 1997).

El conocimiento sobre la demencia, su asociación con las dificultades para la alimentación, entender los dilemas éticos que pueden enfrentar y comprender las necesidades individuales de los pacientes, son considerados como requisitos indispensables para el manejo de pacientes con demencia por parte de enfermería (Watson, 1997).

4. Hipótesis

4.1 Desarrollo

Existen problemas de alimentación en los residentes con demencia institucionalizados en la residencia St. Vicent de Paul, en Luqa, Malta.

4.2 Estructura

4.2.1 Tipo de hipótesis

Para la realización de este estudio se utilizó un tipo de hipótesis descriptiva.

4.2.2 Unidad de análisis

Adultos mayores de 60 años, con demencia, institucionalizados en las salas de psicogeriatría de la residencia St. Vicent de Paul en Malta.

4.2.3 Variables

Para la realización de este estudio se utilizaron 13 variables, dentro de las cuales se encuentran: Género, edad, supervisión requerida, ayuda física, derramar alimentos o bebidas, deja comida en el plato, rehusar a comer, voltear la cabeza, rehusar a abrir la boca, escupir, dejar la boca abierta, rehusar a deglutir y nivel de cuidado requerido.

4.3 Operacionalización

Variables	Indicadores	Ítems	Método	Rango
Género	Diferencia estadísticas entre dos grupos de personas	¿Cuál es el género?	Entrevista	a) Hombre b) Mujer
Edad	Diferencias estadísticas por grupo de edad	¿Qué edad tiene?	Entrevista	a) 60-64 b) 65-69 c) 70-74 d) 75-79 e) 80-84 f) 85-89 g) 90-94
Supervisión requerida	Intervención de enfermería	¿Requiere supervisión cercana mientras se alimenta?	Entrevista	a) Nunca b) Algunas veces c) Frecuentemente
Ayuda Física	Intervención de enfermería	¿Requiere ayuda física mientras se alimenta?	Entrevista	a) Nunca b) Algunas veces c) Frecuentemente

Derramar alimentos y bebidas	Dificultad de alimentación	¿Derrama los alimentos y/o bebidas durante su alimentación?	Entrevista	a)Nunca b)Algunas veces c)Frecuentemente
Dejar comida en el plato	Obstinación o pasividad	¿Tiende a dejar alimentos en el plato al final del tiempo de comida?	Entrevista	a)Nunca b)Algunas veces c)Frecuentemente
Rehusar a comer	Obstinación o pasividad	¿Se rehúsa a comer?	Entrevista	a)Nunca b)Algunas veces c)Frecuentemente
Voltea la cabeza	Obstinación o pasividad	¿Voltea la cabeza mientras se le alimenta?	Entrevista	a)Nunca b)Algunas veces c)Frecuentemente
Rehusar a abrir la boca	Obstinación o pasividad	¿Se rehúsa a abrir la boca?	Entrevista	a)Nunca b)Algunas veces c)Frecuentemente

Escupir	Dificultad de alimentación	¿Escupe la comida?	Entrevista	a)Nunca b)Algunas veces c)Frecuentemente
Dejar la boca abierta	Dificultad de alimentación	¿Deja la boca abierta, permitiendo que la comida caiga de su boca?	Entrevista	a)Nunca b)Algunas veces c)Frecuentemente
Rehusar a deglutir	Obstinación o pasividad	¿Se rehúsa a deglutir?	Entrevista	a)Nunca b)Algunas veces c)Frecuentemente
Nivel de cuidado requerido	Intervención de enfermería	Indique el nivel apropiado de cuidado requerido por el paciente durante su alimentación	Entrevista	a)Apoyo educativo b)Parcialmente compensatorio c)Completamente compensatorio

5. Diseño

5.1 Metodológico

Los adultos mayores institucionalizados en la sala de psicogeriatría de la residencia St Vincent de Paul (SVPR) fueron escogidos como la población de estudio. SVPR es una institución de cuidados de largo plazo en Malta y esta habitada por 1,310 residentes (Ministry of Health, the elderly and community care, 2005) siendo este la residencia para adultos mayores mas grande del mundo. La sala de psicogeriatría esta ocupada por 46 residentes, 23 hombres y 23 mujeres.

5.1.1 Tipo de Estudio

Este estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, de reporte de casos.

5.1.2. Unidades de Observación

Adultos mayores de 60 años con diagnostico de demencia, institucionalizados en las salas de psicogeriatría de St. Vicent de Paul.

5.1.3 Temporalidad

Este estudio se realizó de diciembre del 2006 a mayo del 2007.

5.1.4 Ubicación espacial

El estudio se realizó en las salas de Psicogeriatría de la Residencia de St. Vincent de Paul, la institución de estancia prolongada más grande en el mundo, ubicada en Triq l-mgieret, Luqa, Malta.

5.1.5 Criterios de inclusión

1. Tener 60 años o más de edad.
2. Estar diagnosticado con demencia (no se hizo ninguna distinción entre los tipos de demencia).
3. Ser residente de la sala de psicogeriatría.
4. Estar alimentándose solamente por vía oral.

5.1.6 Criterios de exclusión

La edad mínima límite para la inclusión al estudio fue de 60 años, debido a que, en las salas de psicogeriatría residen también personas más jóvenes, lo cuales no formaron parte del estudio. Todos los sujetos fueron diagnosticados con demencia; los pacientes con un diagnóstico diferente fueron excluidos. La escala EdFED es válida en personas que tienen una alimentación por vía oral por lo tanto, los pacientes recibiendo otro tipo de alimentación fueron excluidos

5.2 Estadístico

5.2.1 Marco Muestral

El marco muestral esta compuesto por pacientes con demencia de ambos géneros, mayores de 60 años, que se encontraban institucionalizados en las salas de psicogeritria de la residencia St. Vicent de Paul, ubicado en Luqa, Malta.

5.2.2 Tamaño de la muestra

Se estudio a 31 residentes de las salas de psicogeriatría, 22 mujeres y 9 hombres.

5.2.3 Tipo de muestreo

En este estudio se utilizó un tipo de muestreo causal.

5.2.4 Análisis Estadístico

Este estudio se analizo estadísticamente mediante desviación estándar y estratificación.

6. Métodos y procedimientos

Para la realización de este estudio se utilizó el método de entrevista indirecta, mediante la escala de evaluación de dificultades de alimentación de Edinburgh, validada en 1994 en la Universidad de Edinburgh.

7. Resultados

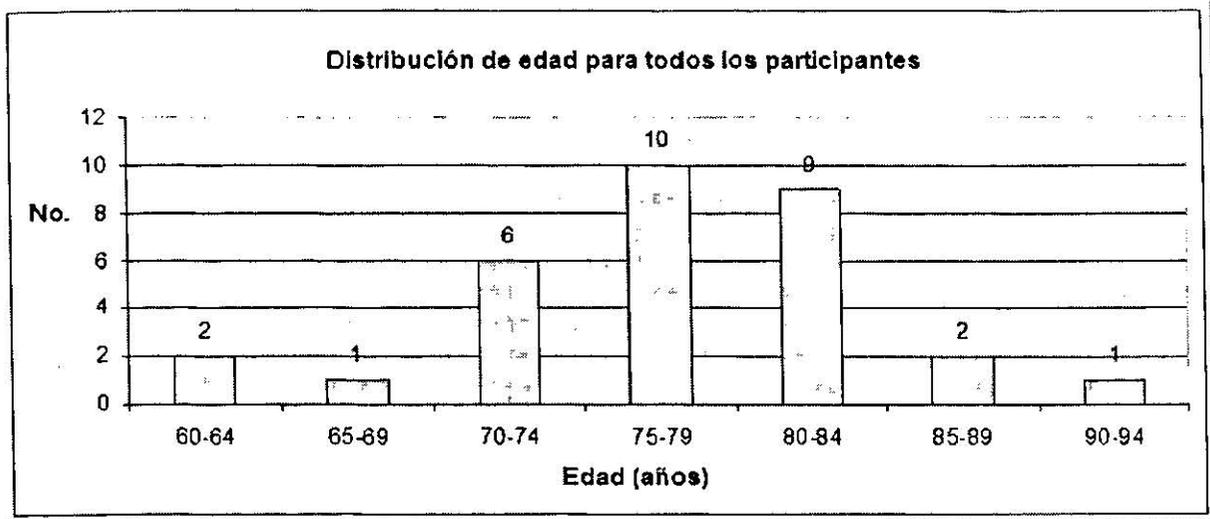
7.1 Estudio de frecuencia sobre la edad

- Estudio de variable edad sin distinciones: La edad media fue de 77.7 años (D.E de la Muestra.= 6.8 años, intervalo de confianza de 95% = [70.9, 84.5]). El rango de edades fue de 60 a 92 años.
- Mujeres: La media de edad: 78 años (Desv. Est.: 6.6 años, intervalo de confianza de 95% = [7.14, 84.6]) y el rango fue de 64 a 92 años).
- Hombres: La media de edad: 77.1 años (Desv. Est.: 7.6 años, intervalo de confianza de 95% = [69.5, 84.7] y el rango fue de 60 a 84 años).

Tabla 1: Distribución por edad de todos los participantes del estudio.

Rango de Edad (Años)	No. de participantes	Porcentaje de la muestra
60-64	2	6.5%
65-69	1	3.2.%
70-74	6	19.4%
75-79	10	32.3%
80-84	9	29%
85-89	2	6.5%
90-94	1	3.2%
Total	31	100%

Gráfica 1. Distribución por edad de todos los paticipantes del estudio.



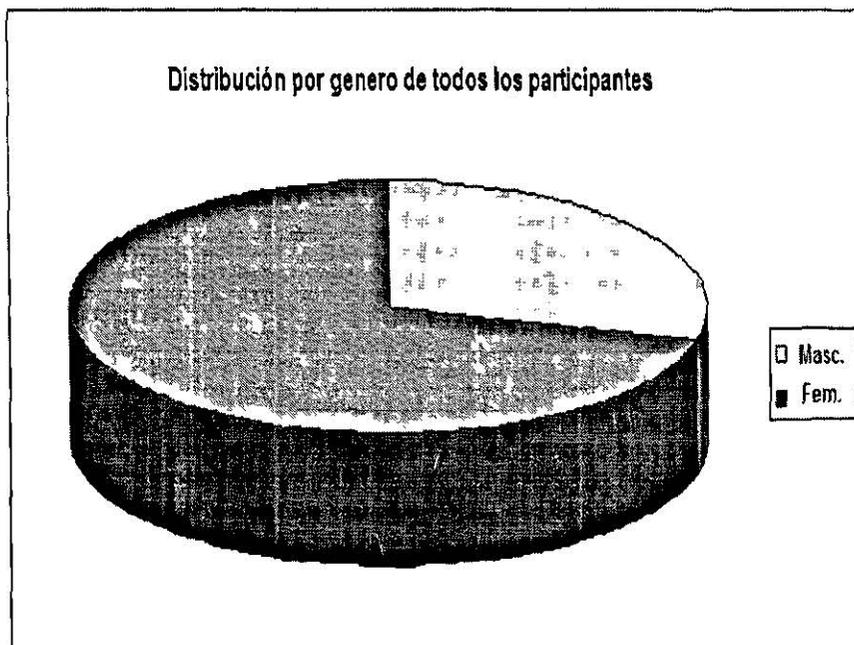
7.2 Género

- Todos: El total de la población del estudio fue de 31 participantes.
- Mujeres: 71% de los participantes (22) fueron mujeres.
- Hombres: 29% de los participantes (9) fueron hombres.

Tabla 2. Distribución por género de todos los participantes del estudio.

Género	Participantes	%
Hombres	9	29%
Mujeres	22	71%
Total	31	100%

Gráfica 2. Distribución por género de todos los participantes del estudio.



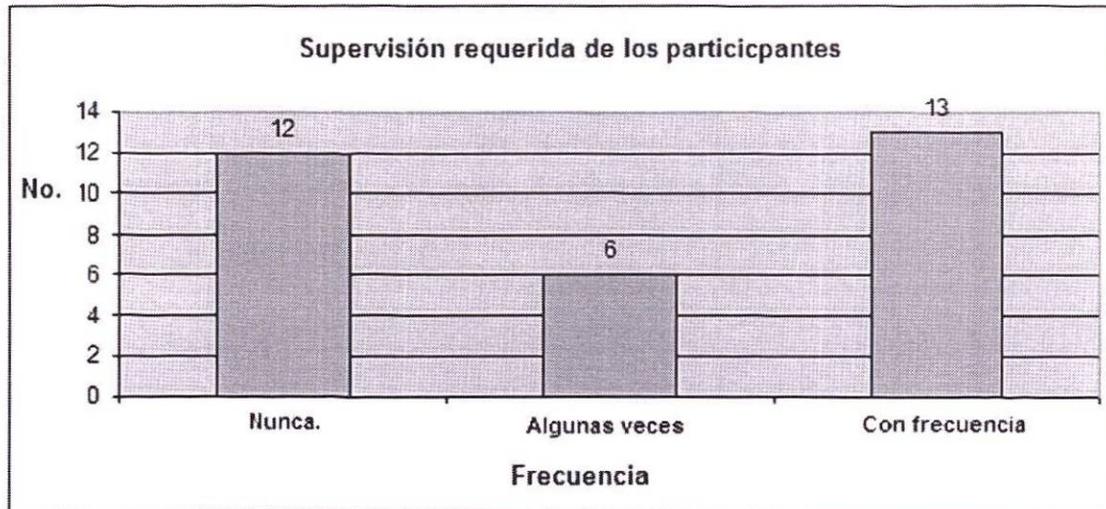
7.3 Supervisión requerida

- El porcentaje más alto de los participantes (41.9%) frecuentemente requiere supervisión del equipo mientras comen. El 45.5 % de las mujeres frecuentemente requieren supervisión. Los datos de los participantes hombres no permitieron la formación de una tendencia.

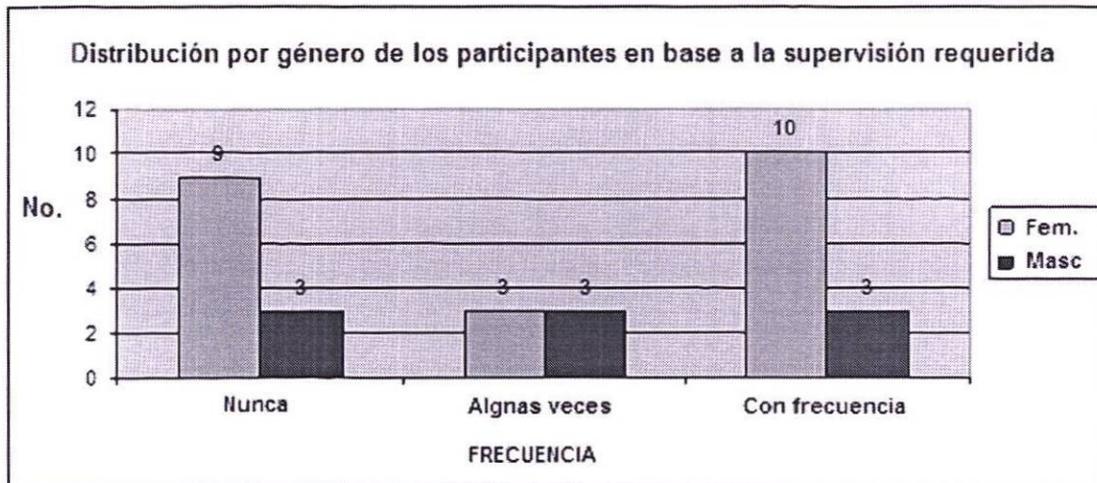
Tabla 3. Supervisión requerida de todos los pacientes del estudio.

Supervisión	No. De participantes			Porcentaje de la muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	9	3	12	40.9%	33.3%	38.7%
Algunas Veces	3	3	6	13.6%	33.3%	19.1%
Frecuentemente	10	3	13	45.5%	33.3%	41.9%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 2(a). Supervisión requerida de todos los participantes del estudio.



Gráfica 2(b). Supervisión Requerida de todos los participantes por género.



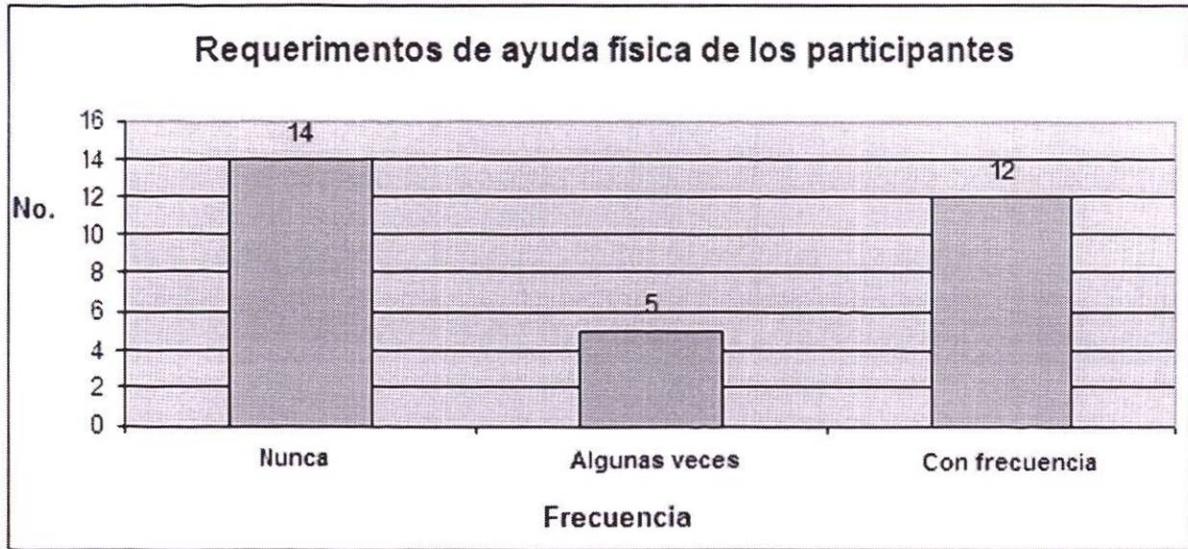
7.4 Ayuda Física

- La tendencia mas alta (45.1%) fue que los participantes nunca requerían ayuda física mientras comían. La mayoría (50%) de las participantes mujeres no requerían ayuda física. Por otra parte, hubo un gran porcentaje (55.6%) de los sujetos hombres que frecuentemente la requerían mientras comían.

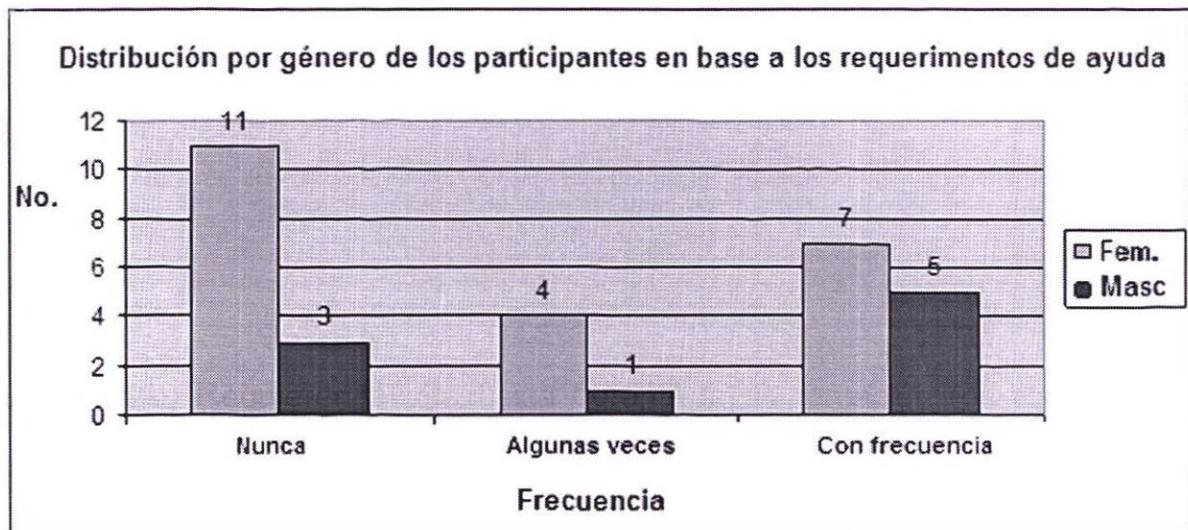
Tabla 4. Requieren ayuda física en su alimentación (todos los participantes) .

Ayuda Física	No. de participantes			Porcentaje de la Muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	11	3	14	50%	33.3%	45.1%
Algunas veces	4	1	5	18.2%	11.1%	16.1%
Frecuentemente	7	5	12	31.8%	55.6%	38.7%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 4(a). Requieren ayuda física (todos los participantes del estudio)



Gráfica 4(b) Requieren ayuda física durante la alimentación (participantes del estudio por género).



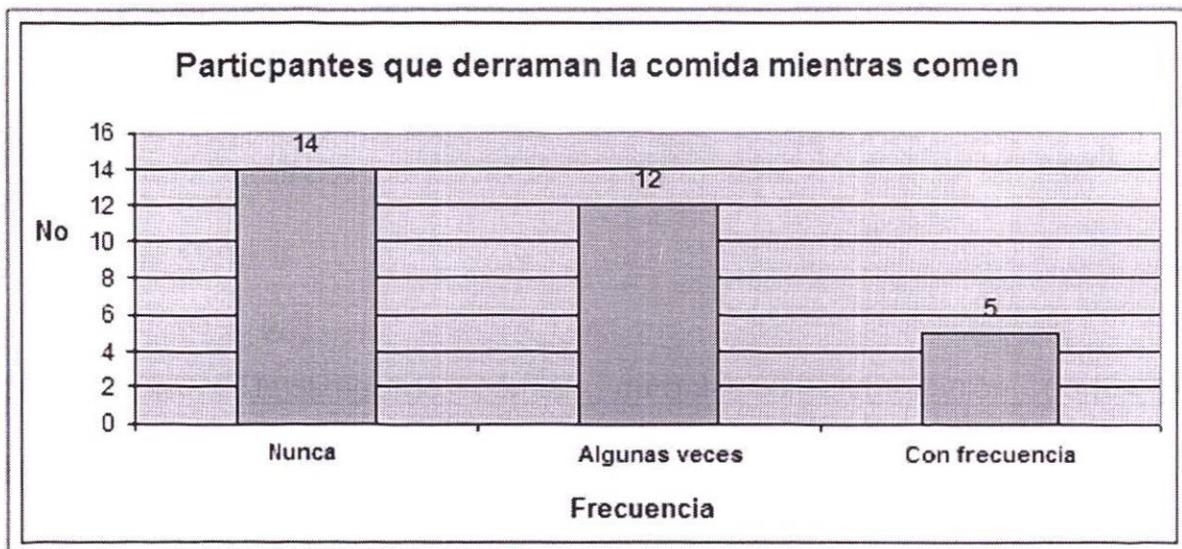
7.5 Derrame de comida

- El porcentaje más alto de todos los sujetos (45.2%) nunca derramaron su comida durante su alimentación. El 54.5% de las mujeres no derramaron comida. En cambio la mayoría de los adultos mayores hombres algunas veces derramaron su alimentos durante el tiempo de comida.

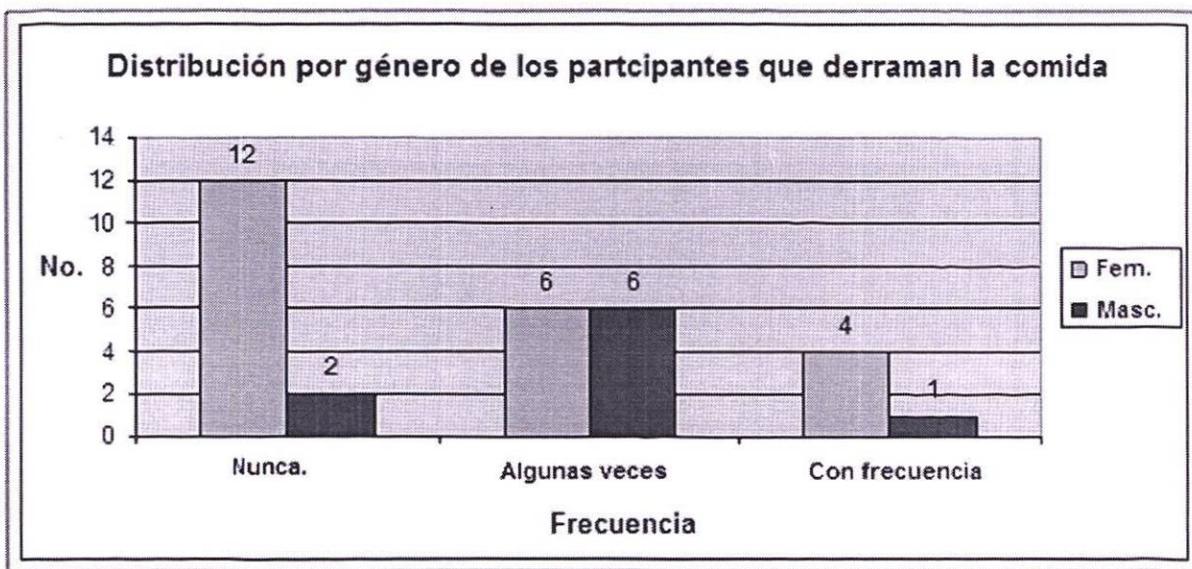
Tabla 5. Derrame de comida durante la alimentación (todos los participantes).

Num. veces	No. de participantes			Porcentaje de la muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	12	2	14	54.5%	22.2%	45.2%
Algunas veces	6	6	12	27.3%	66.6%	38.7%
Frecuentemente	4	1	5	45.2%	38.2%	16.1%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 5(a). Derrame de comida durante la alimentación (todos los participantes).



Gráfica 5(a). Derrame durante la alimentación (participantes por género).



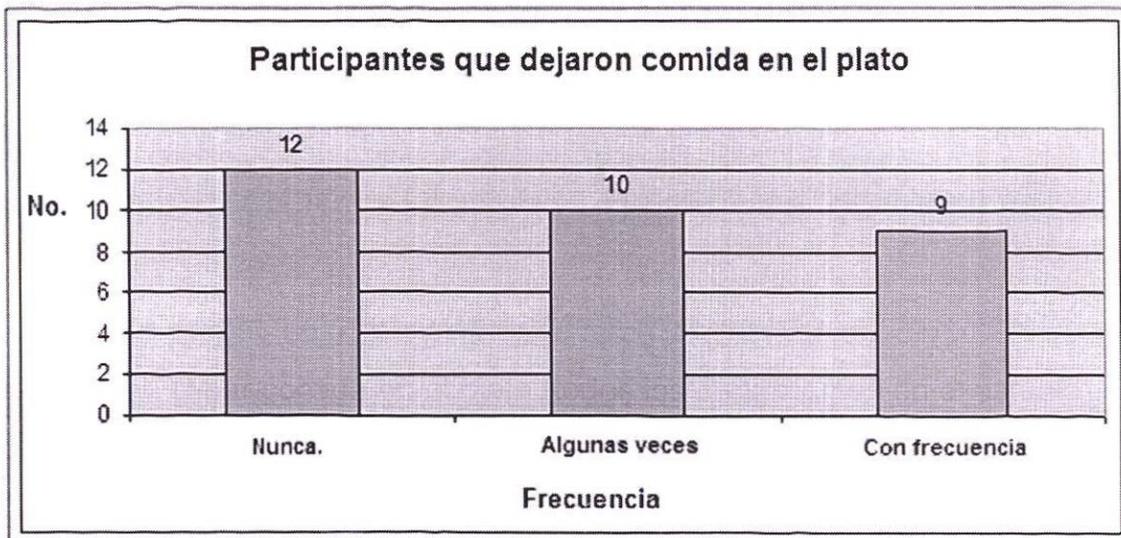
7.6 Dejar comida en el plato

Al final de la comida, la mayoría de los sujetos (38.7%) nunca dejaron comida en el plato. Lo que concierne al mayor porcentaje por género: 36.4% para mujeres y 44.4% para hombres. Lo anterior demuestra que estadísticamente los participantes no dejaban comida en el plato al final de la comida.

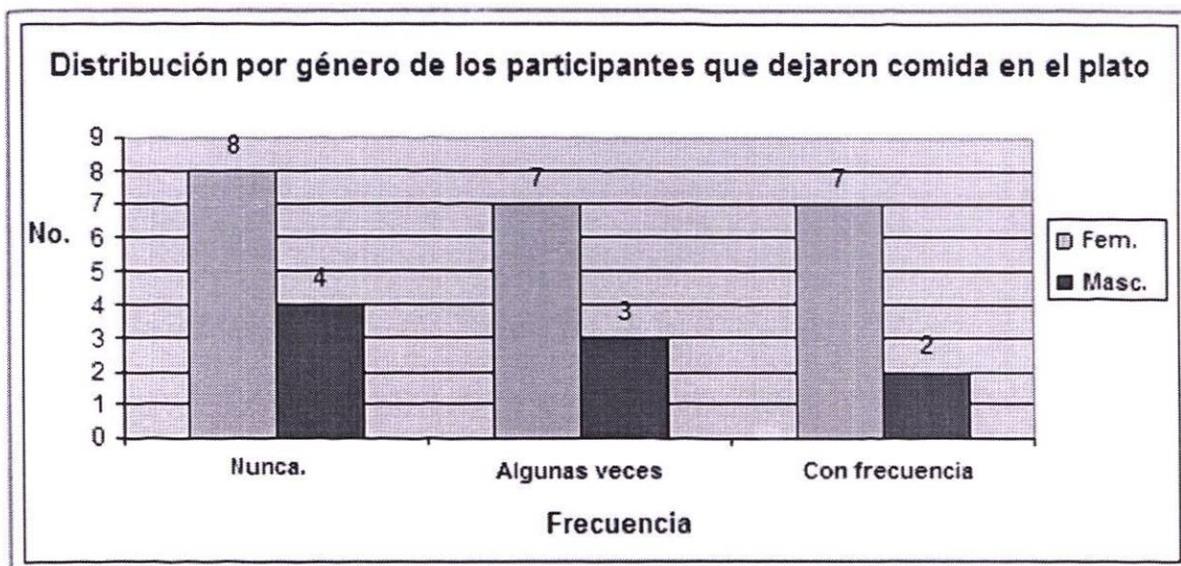
Tabla 6. Dejar comida en el plato (todos los participantes).

Dejar comida en el plato	No. de participantes			Porcentaje de la muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	8	4	12	36.4%	44.4%	38.7%
Algunas veces	7	3	10	31.8%	33.3%	32.3%
Frecuentemente	7	2	9	31.8%	22.2%	29%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 6(a). Dejar comida en el plato (todos los participantes en el estudio).



Gráfica 6(b). Dejar comida en el plato (participantes del estudio por género).



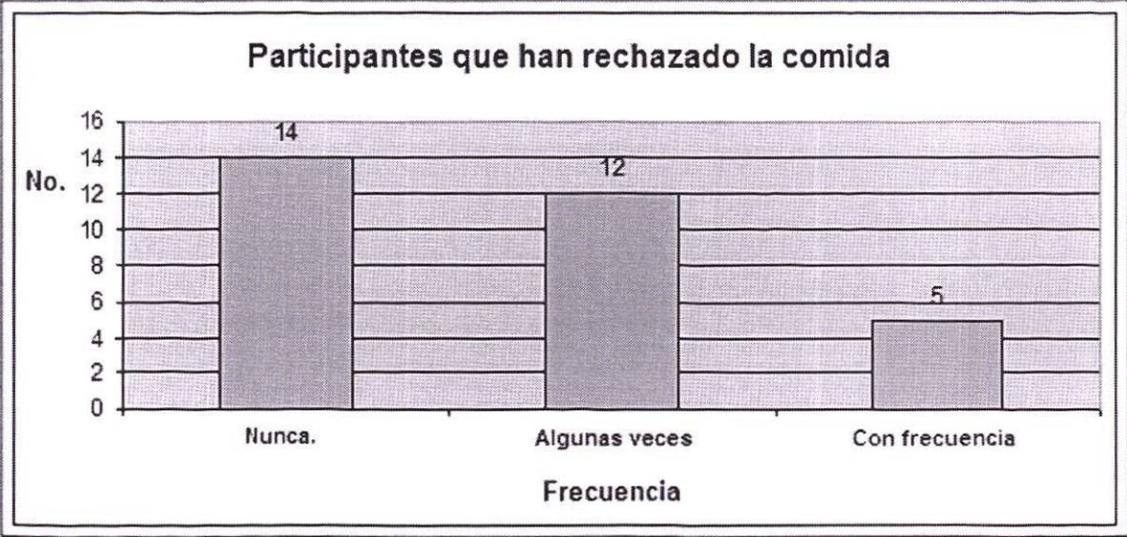
7.7 Rehusar a comer.

- Un alto porcentaje (45.2%) de todos los participantes, al igual que el grupo de los hombres (66.6%) nunca se rehúsan a comer. En contraste, un gran porcentaje de las mujeres (45.5%) algunas veces lo hace.

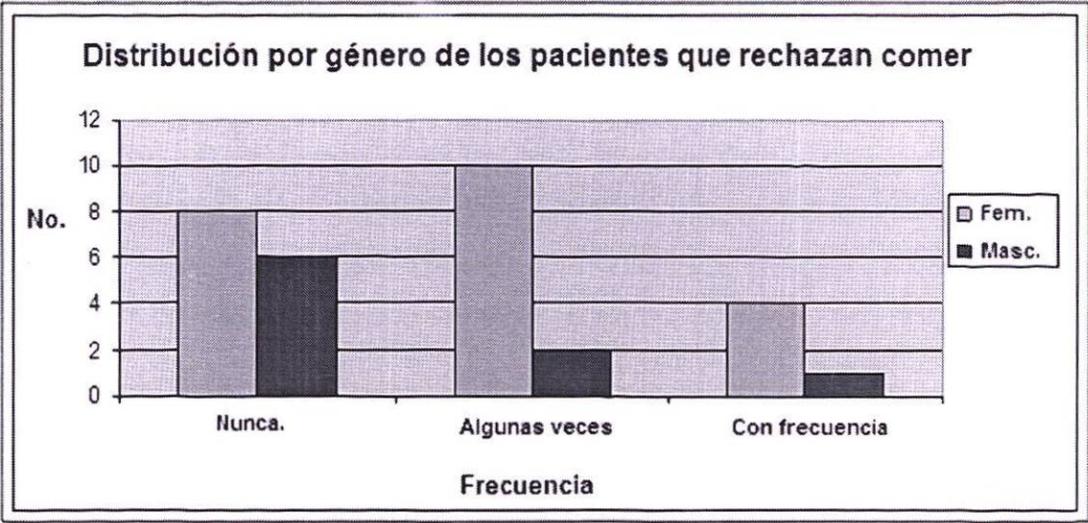
Tabla 7. Se rehúsan a comer (todos los participantes del estudio).

Rehusar a comer	No. de participantes			Pocentaje de la muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	8	6	14	36.4%	66.6%	45.2%
Algunas veces	10	2	12	45.5%	22.2%	38.7%
Frecuentemente	4	1	5	18.2%	11.1%	16.1%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 7(a). Se rehúsan a comer (todos los participantes del estudio).



Gráfica 7(b). Se rehúsan a comer (participantes del estudio por género).



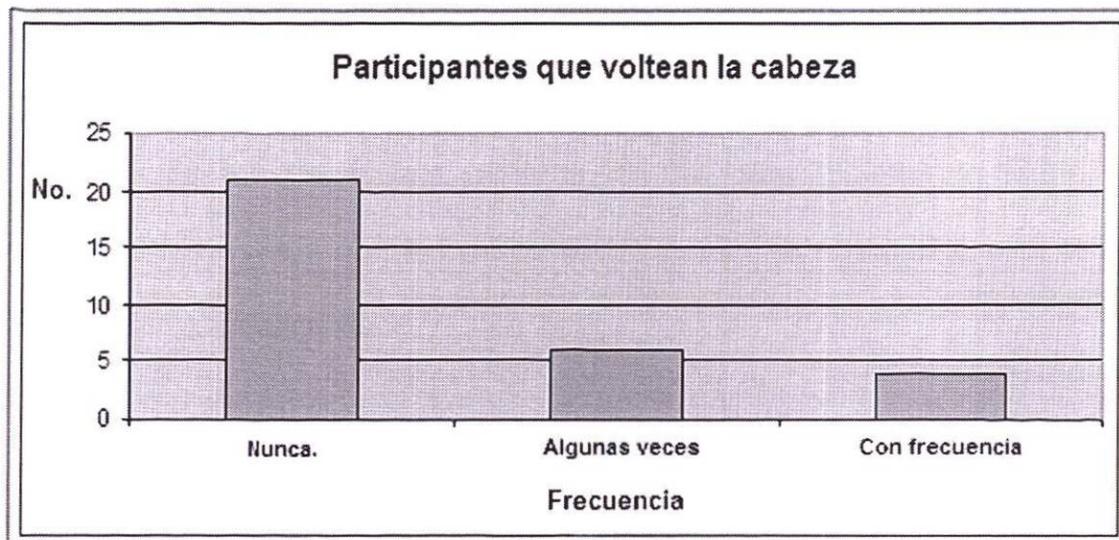
7.8 Voltea la cabeza

- De todos los participantes el porcentaje mas alto (67.7%) nunca volteo la cabeza mientras se le alimentaba. Esto fue similar en ambos géneros, pero los hombres demostraron tener una tendencia mas alta (88.8%) a voltear la cabeza en comparación con la mujeres (59.1%).

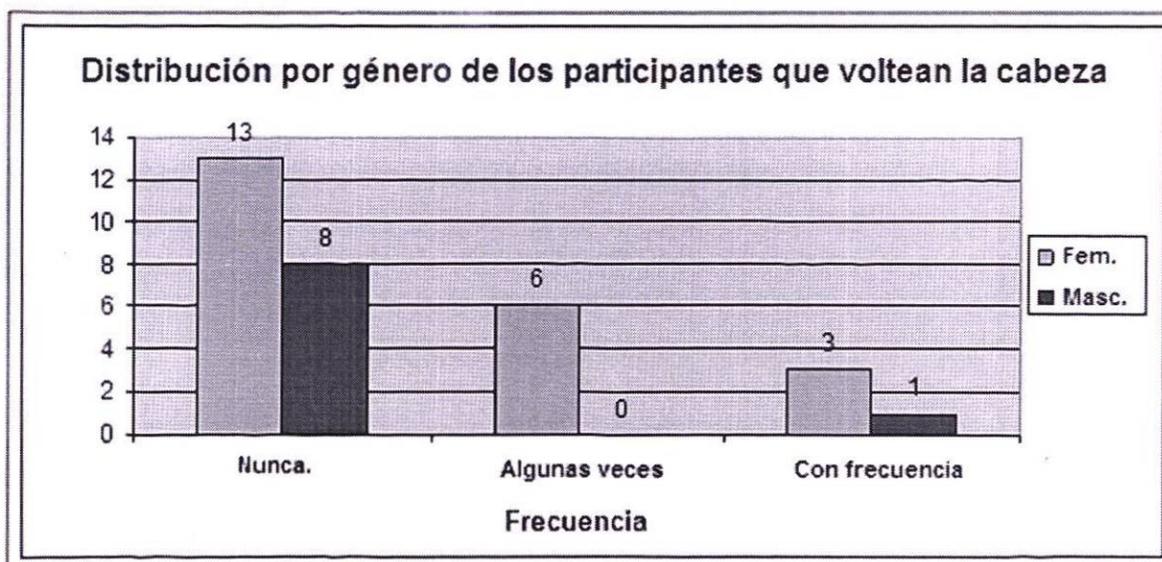
Tabla 8. Voltean la cabeza (todos los participantes del estudio).

Voltean la cabeza	No. de participantes			Porcentaje de la muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	13	8	21	59.1%	88.8%	67.7%
Algunas veces	6	0	6	27.3%	0%	19.4%
Frecuentemente	3	1	4	13.6%	11.1%	12.9%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 8(a). Voltean la cabeza (todos los participantes del estudio)



Gráfica 8(b). Voltean la cabeza (participantes del estudio por género).



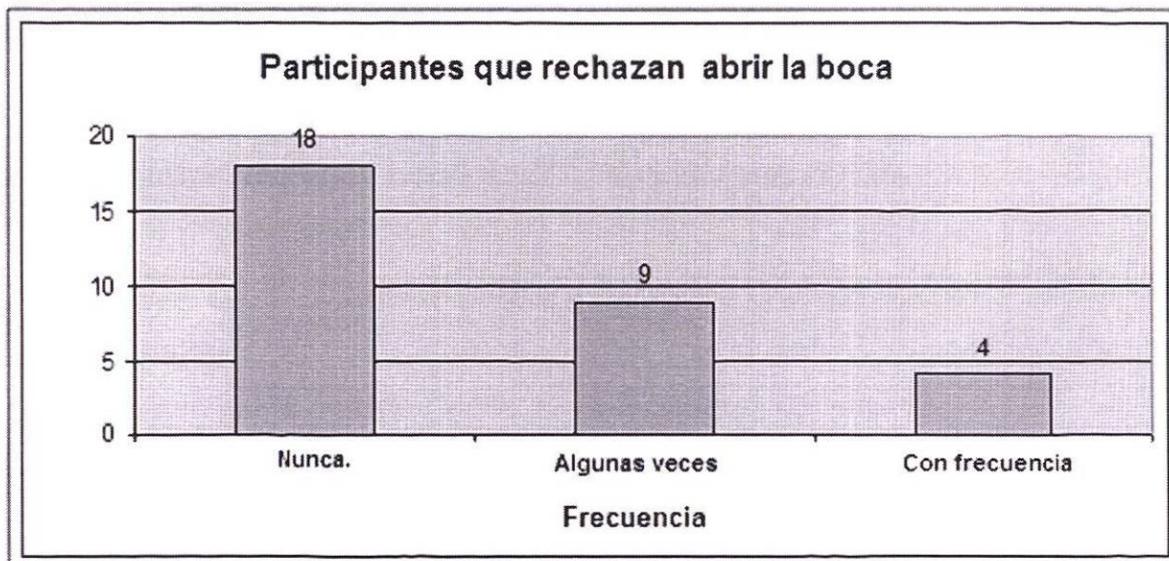
7.9 Rehusar a abrir la boca.

- El porcentaje mas alto de todos los participantes (66.6%) nunca se rehusaron a abrir la boca durante su alimentación. La mayoría de los participantes de ambos géneros, 54.5% para mujeres y 66.6% para hombres, refleja que los participantes nunca se rehúsan a abrir la boca mientras se alimentan.

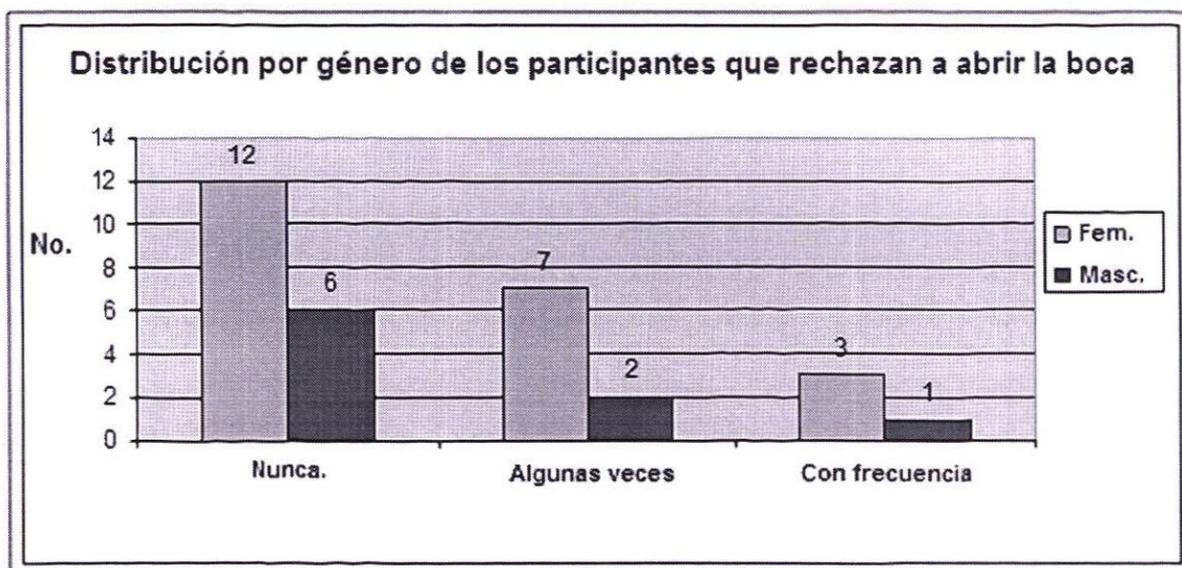
Tabla 9. Rehusar a abrir la boca (todos los participantes del estudio).

Rehusar a abrir la boca	No. de participantes			Porcentaje de la muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	12	6	18	54.5%	66.6%	58.1%
Algunas veces	7	2	9	31.8%	22.2%	29%
Frecuentemente	3	1	4	13.6%	11.1%	12.9%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 9(a). Rehusar a abrir la boca (todos los participantes del estudio).



Gráfica 9(b). Rehusar a abrir la boca (participantes del estudio por género).



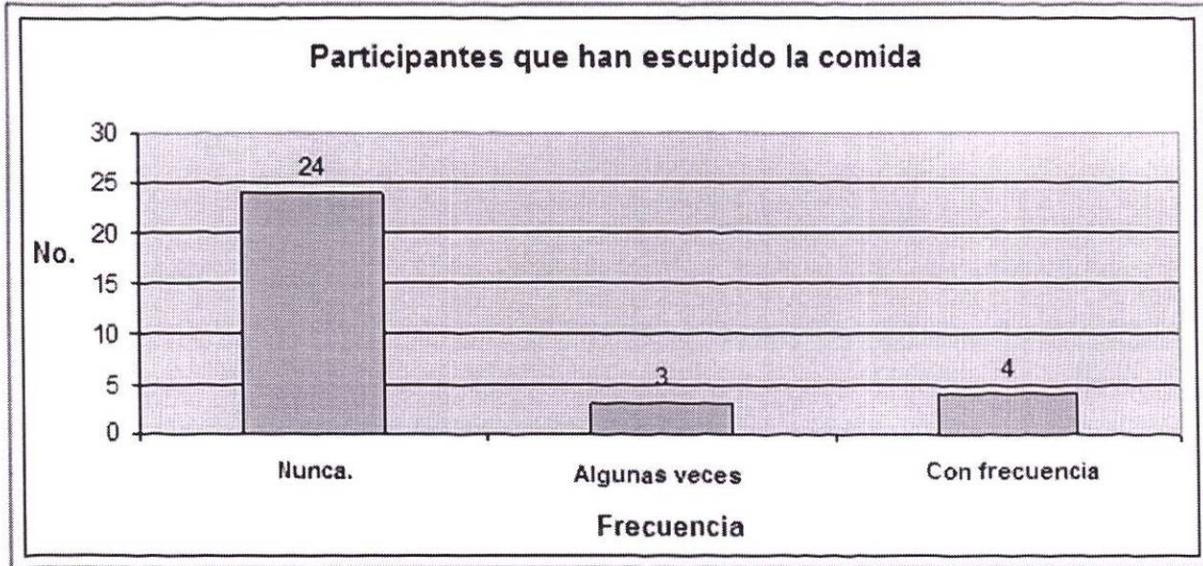
7.10 Escupir la comida

- La mayoría de los participantes (77.4%) nunca escupieron la comida durante su alimentación; no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres (77.1%) y mujeres (77.3%).

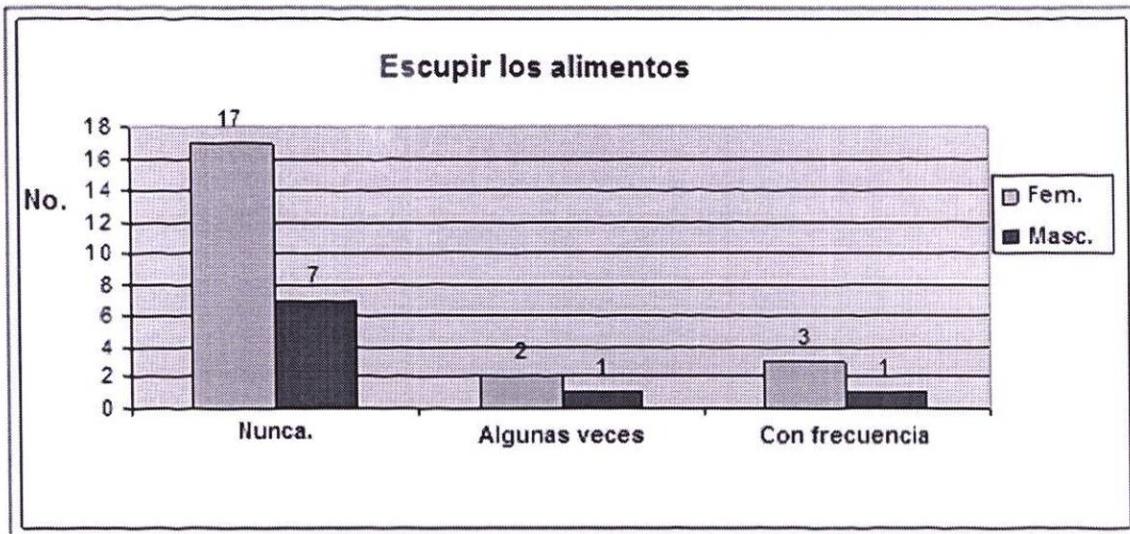
Tabla 10. Escupir la comida (todos los participantes del estudio).

Escupir la comida	No. de participantes			Porcentaje de la Muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	17	7	24	77.3%	77.1%	77.4%
Algunas veces	2	1	3	9.1%	11.1%	9.7%
Frecuentemente	3	1	4	13.6%	11.1%	12.9%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 10(a). Escupir la comida (todos los participantes del estudio).



Gráfica 10(b). Escupir (participantes del estudio por género).



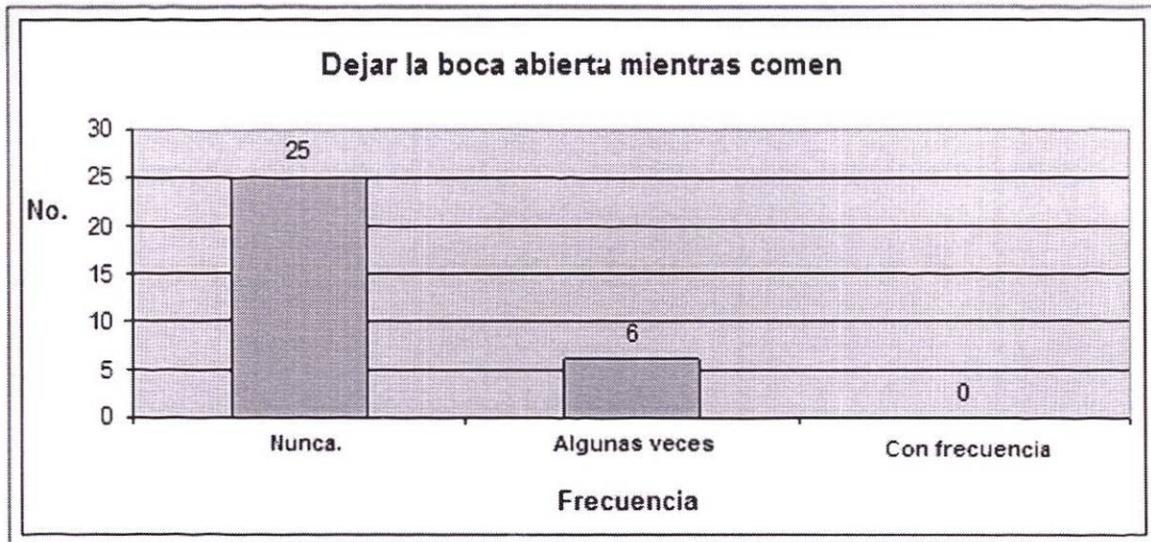
7.11 Dejar la boca abierta

- De todos los participantes, el mayor porcentaje (80.6%) nunca dejó la boca abierta mientras eran alimentados. Los hombres tuvieron una tendencia mayor (100%) a nunca dejar la boca abierta comparado con las mujeres (72.7%)

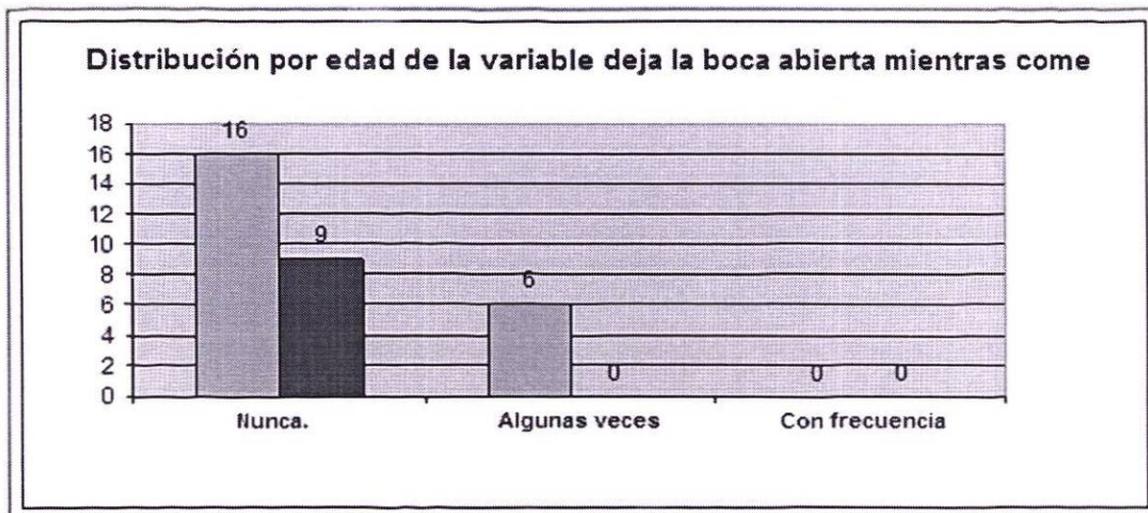
Tabla 11. Dejar la boca a abierta (todos los participantes).

Dejar la boca abierta	No. de participantes			Porcentaje de la muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	16	9	25	72.7%	100%	80.6%
Algunas veces	6	0	6	27.3%	0%	19.4%
Frecuentemente	0	0	0	0%	0%	0%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 11(a). Dejar la boca abierta (todos los participantes del estudio).



Gráfica 11(b). Dejar la boca abierta (participantes del estudio por género)



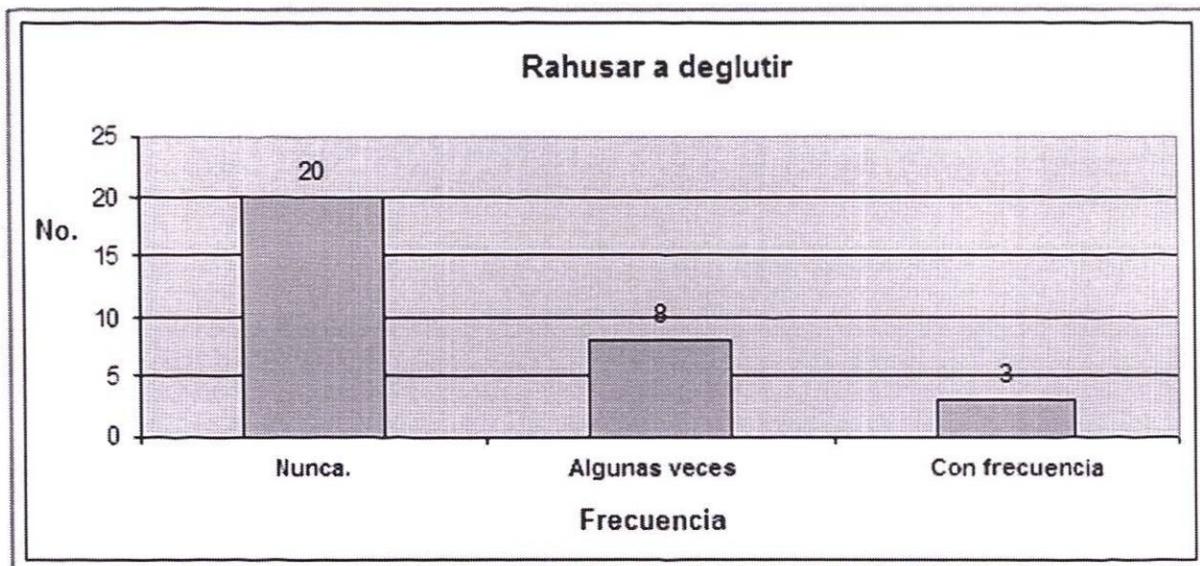
7.12 Rehusar a deglutir

- De todos los participantes, el mayor porcentaje (64.5%) nunca se rehusaron a deglutir la comida. Los hombres tuvieron una tendencia mayor (77.7%) que las mujeres (59.1%) a nunca negarse a deglutir.

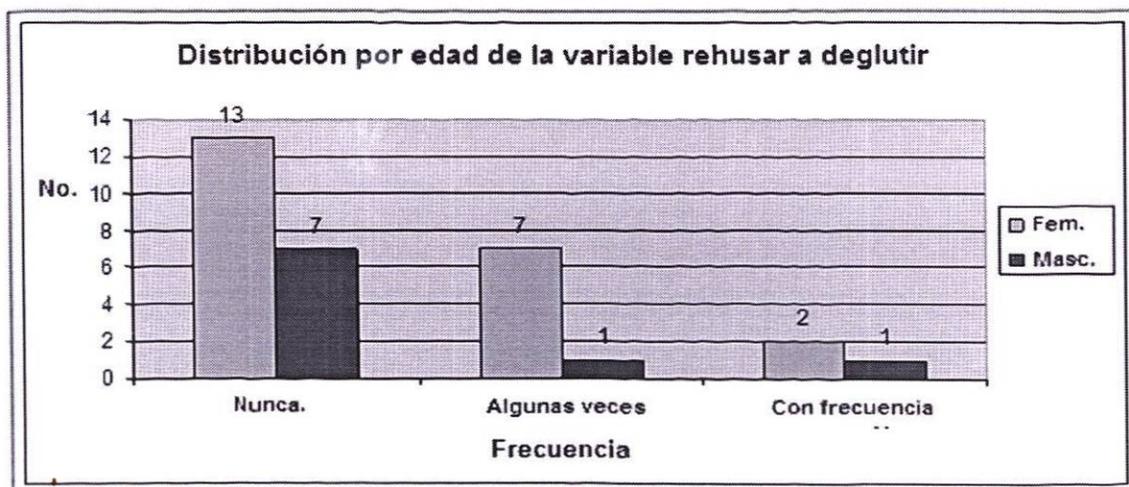
Tabla 12. Rehusar a deglutir (todos los participantes).

Rehusar a deglutir	No. de participantes			Porcentaje de la muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Nunca	13	7	20	59.1%	77.7%	64.5%
Algunas veces	7	1	8	22.6%	11.1%	25.8%
Frecuentemente	2	1	3	9.1%	11.1%	9.67%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 12(a). Rehusar a deglutir (todos los participantes).



Gráfica 12(b). . Rehusar a deglutir (participantes por genero).



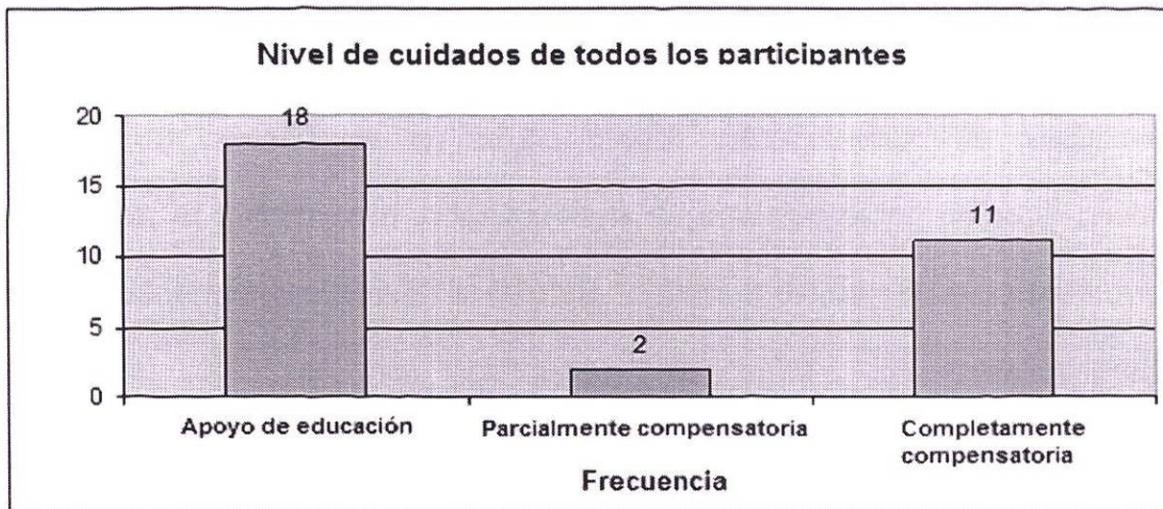
7.13 Nivel necesario de cuidado

- De todos los participantes el porcentaje mas alto (58.1%) requirió apoyo educativo para el cuidado mientras es alimentado. Las mujeres (59.1%) necesitaron más apoyo educativo compara con los hombres (55.5%).

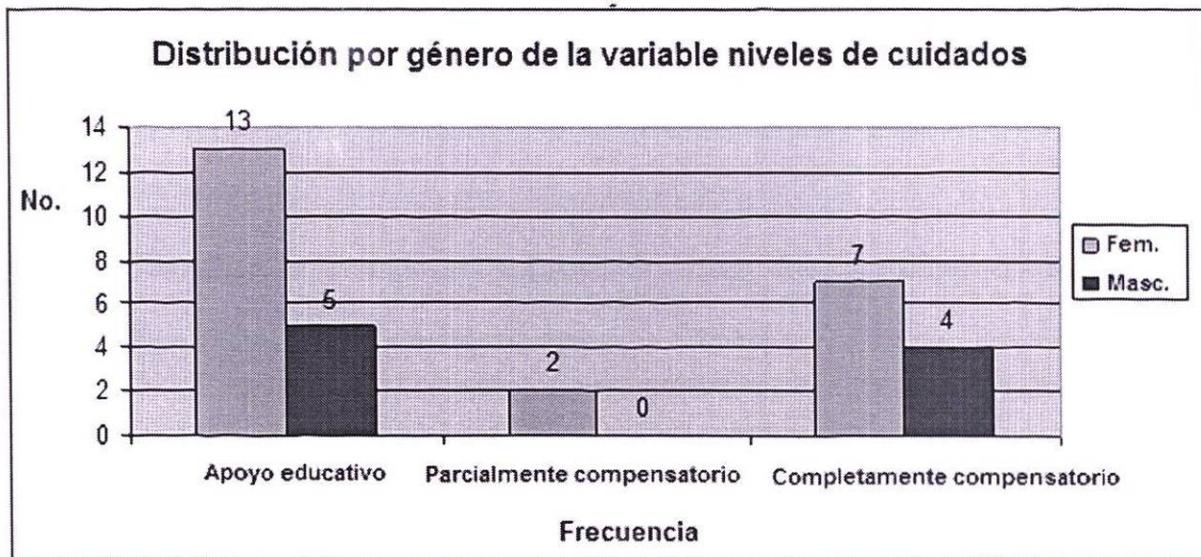
Tabla 13. Niveles de atención y cuidado de todos los participantes del estudio.

Nivel de Cuidado	No. de participantes			Porcentaje de la muestra		
	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Apoyo Educativo	13	5	18	59.1%	55.5%	58.1%
Parcialmente compensatorio	2	0	2	9.1%	0%	6.5%
Completamente compensatorio	7	4	11	31.8%	44.4%	35.5%
Total	22	9	31	100%	100%	100%

Gráfica 13(a). Nivel de Cuidado de todos los participantes del estudio.



Gráfica 13(b). Nivel de cuidados de los participantes del estudio por género.



8. Análisis de resultados

8.1 Intervenciones de enfermería

El nivel de cuidado de un adulto mayor con demencia es crucialmente importante; el mantener la independencia es una necesidad humana básica y muy frecuentemente recae en el cuidador el buscar estrategias para promover la autonomía, como son las habilidades para comer y los intereses por los cambios de comida, algunas veces hasta el curso de una comida, recaen en el cuidador. En SVPR la mayoría de los residentes con demencia en la sala de psicogeriatría estaban recibiendo principalmente cuidado de apoyo educativo, el cual ayuda a que los residentes mantengan su independencia tanto como sea posible.

Sin embargo, el porcentaje más alto de todos los sujetos frecuentemente requerían supervisión mientras se alimentaban, es importante recalcar las diferencias entre los niveles de supervisión requeridos entre los géneros. Las mujeres tendían a necesitar supervisión mas frecuentemente mientras se alimentaban comparado con los hombres.

En contraste, el nivel de ayuda física requerida del personal, fue significativamente más alto en los hombres que en las mujeres.

8.2 Obstinación o pasividad de los residentes

En esta sección, todos los indicadores que estaban relacionados con la obstinación o pasividad de los residentes están incluidos.

En casi todos los indicadores, la mayoría de los participantes no tuvieron problemas de obstinación o pasividad.

Los resultados mostraron que había un porcentaje significativo de los residentes que presentaban problemas como voltear la cabeza o se rehusaban a deglutir, etc.

Es significativamente vital mencionar que los porcentaje mas altos de las mujeres fueron que se rehusaban a comer algunas veces, así como también, que volteaban la cabeza cuando se les alimentaba.

8.3 Indicadores de dificultades de alimentación

Derramamiento o escupir son algunos de los indicadores mas importantes de las dificultades de alimentación en adultos mayores con demencia. En derramamiento durante la alimentación, la mayoría de los hombres algunas veces derraman la comida, mientras que un alto porcentaje de las mujeres tendieron a nunca hacerlo.

En escupir la comida, es importante recalcar que la mayoría de todos los sujetos nunca escupieron la comida mientras se alimentaban.

Analizando estos indicadores, los hombres tendieron a tener mas dificultades durante la alimentación que las mujeres.

9. Limitaciones

El presente estudio solamente incluyó residentes de SVPR. Otro estudio en otras residencias asistidas pudiera haber proporcionado más información para comparar las dificultades de alimentación en residentes con demencia. Hubiera sido también ideal, obtener una muestra más grande de otras salas.

Por otra parte, una muestra igual de ambos géneros hubiera sido perfecta, pero como el estudio solo se llevo acabo en las salas de psicogeriatría, la cantidad de adultos mayores con diagnósticos psiquiátricos diferentes no lo permitieron. Una muestra con residentes con demencia moderada a severa hubiera ayudado a tener resultados más sensible. El estudio fue cuantitativo y solo se enfocaba en dificultades de alimentación. Hubiera sido benéfico complementarlo con una investigación descriptiva y observacional sobre el tiempo de alimentación de los residentes así como también una evaluación nutricional. Sin embargo, el estudio estuvo limitado en tiempo y logística.

10. Conclusiones

En resumen, los objetivos del estudio (Sección 2.2) fueron alcanzados.

1. Se encontró que el cuestionario fue una herramienta útil de evaluación de las dificultades de alimentación en adultos mayores con demencia en SVPR.
2. La prevalencia de dificultades de alimentación entre los residentes con demencia en las salas de psicogeriatría de SVPR no fueron frecuentemente encontrados, sin embargo esto no significa que no hay dificultades.
3. Las mujeres residentes tendieron a tener más problemas de pasividad y obstinencia que los hombres.
4. Los residentes hombres tendieron a tener más dificultades de alimentación que las mujeres.
5. Los residentes hombres tendieron a requerir ayuda física mientras se alimentan.

6. Las intervenciones de enfermería fueron en su mayoría de apoyo educativo. Esto ayuda a que los residentes se mantengan tan independientes como sea posible.

11. Recomendaciones

1. Las evaluaciones en dificultades de alimentación se deberían realizar a todos los residentes con demencia de SVPR para conocer el grado de dificultad que ellos presentan y buscar una solución para mejorar su estado nutricional.
2. Servicios dietéticos y nutricionales deberían estar disponibles en SVPR para evaluar a los residentes con demencia, para prevenir dificultades de alimentación y algún tipo de malnutrición.
3. Se debería establecer una evaluación nutricional entre los residentes con demencia de SVPR, para prevenir problemas de nutrición a futuro.
4. El equipo de enfermería debería tener un programa de educación, para aprender como tratar las dificultades que una persona adulta mayor con demencia puede presentar (ejemplo. Como alimentarlos, como motivarlos a comer, etc.)

12. Referencias y Bibliografía

- Amella E, DiMaria R. "Nutrition in the Elderly". In G. Maddox, (Ed.), Encyclopedia of Aging. 2001, Vol. 2 (3rd ed., 755-758). New York: Springer Publishing.
- Amella E, "Feeding and hydration issues for older adults with dementia". The Nursing Clinics of North America. 2004; 39: 607-623
- Akerlund B-M, Norberg A, et al. "An ethical analysis of double bind conflicts as experienced by care workers feeding severely demented patients. International Journal of Nursing Studies. 1985; 22: 207-216
- Athlin E, Norberg A, Axelsson K, et al. "Aberrant eating behavior in elderly parkinsonian patients with and without dementia: analysis of video recorded meals". Residential Nursing Health. 1989; 12: 41-51
- Berkhout, et al. "The relationship between difficulties in feeding oneself and loss of weight in nursing-home patients with dementia". Age Ageing. 1998; 27 (5): 637-641
- Burns, A, Jacoby R. and Levy, R. "Psychiatric phenomena in Alzheimer's Disease I-IV: disorders of behavior". British Journal of Psychiatry. 1990, 157: 72-94.
- Du WD, Growdon JH. "Weight loss in Alzheimer's disease." Journal of the American Geriatric Society. 1991; 39: 973-978

- Hellen CR, "Alzheimer's disease, Activity-Focused Care". Andover Medical Publishers. 1992, First Edition: 43-50
- Herbert LE, Scherr PA, Bienias JL, et al. "Alzheimer's disease in the US population: Prevalence estimates using the 2000 Census". Achieves of Neurology. 2003; 60: 1119–1122.
- Jacques A, Jackson GA. "Understanding Dementia". Churchill Livingston. 2000, Third Edition: 144-146
- Katz S, et al. "Progress in Development of the index of ADL". The gerontologist. 1970; 7 Part 1: 20-30
- Keller HH. "Malnutrition in institutionalized elderly: how and why. Journal of American Geriatric Society. 1993; 41: 1212-1218
- Launer LJ, Harris T. "Weight, height and body mass index distribution in geographically and ethnically diverse samples of older persons". Age Ageing 1996; 4 (44): 300-306
- Lehmann AB, "Review: Undernutrition in elderly people". Age Ageing. 1989; 18: 339-53

- Michaelsson E, Norberg A, et al. "Feeding methods for demented patients in end stage of life". Geriatric Nursing. 1987; 7: 69-73
- Ministry of Health, Elderly and Community Care. "St. Vincent de Paul Residence." Accessed from webpage <http://www.sahha.gov.mt/pages.aspx?page=10>.
- Morris CH, Hope RA, Fairburn CG. "Eating habits in dementia: a descriptive study". British Journal of Psychiatry. 1989, 152: 406-407
- Norberg A, Hirschfield M. "Feeding of severely demented patients in institutions: interviews with caregivers in Israel." Journal of Advance Nursing. 1987; 12: 551-557
- Siebens H, Trupe E, Siebens A, et al. "Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly". Journal of the American Geriatrics Society. 1986, 34; 192-198.
- The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. "Nutritional disorders; Malnutrition." 2006. Accessed from the webpage www.merck.com
- Volicier L, Hurley Ac. "Hospice Care for patients with advanced progressive dementia". New York, NY; Springer; 1998.

- Volicier L, Seltzer B, et al. "Eating problems in patients with probable dementia of the Alzheimer type." Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 1989; 2: 188-195
- Watson R. "Feeding Patients who are demented". Nursing Standard. 1989; 4(44): 28-30
- Watson R. "Measuring feeding difficulty in patients with dementia: perspectives and problems". Journal of Advanced Nursing. 1993; 18: 25-31
- Watson R. "Measuring feeding difficulty in patients with dementia: multivariate analysis of feeding problems, nursing intervention and indicators of feeding difficulty." Journal of Advanced Nursing. 1994; 20 (2)
- Watson R. "Undernutrition, weight loss and feeding difficulty in elderly patients with dementia: a nursing perspective". Reviews in Clinical Gerontology, 1997, 7: 317-326
- White H, Pieper C, et al. "A longitudinal analysis of weight change in Alzheimer's Disease". Journal of American Geriatric Society 1997; 45(40): 531-532.
- White, HK. "Dementia". In: Bales, CW, Ritchie, SC (eds.) Handbook of Clinical Nutrition and Aging. Humana Press, Totowa, New Jersey, 2004: 349-365

- White HK. "Nutrition in Advanced Alzheimer's disease", North Carolina Medical Journal, 2005, 66: 4: 307-312
- White H, Pieper C, Schmader K. "The association of weight change in Alzheimer's disease with severity of disease and mortality: A longitudinal analysis". Journal of American Geriatric Society. 1998; 46:1223-1227.
- White H, Pieper C, et al. "Weight changes in Alzheimer's disease". Journal of American Geriatric Society. 1996; 44:265-272.
- World Health Organization (WHO). "Nutrition." Accessed from the webpage www.who.org

13. Anexos

13.1 Escala de EdFED (En inglés)

History

The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale was developed at the University of Edinburgh and work to establish its reliability and validity has continued at the University of Hull.

The scale is designed to assess the level of difficulty that an older person with dementia is experiencing with eating. It is short and easy to use in the clinical areas.

The procedure for using the EdFED Scale is as follows:

1. A nurse who is familiar with the individual about whom the questions are being asked, for example, a key worker, primary nurse or team leader should complete this questionnaire.
2. The questionnaire refers to recent, usual behaviour related to feeding.
3. A response should be given to each question.
4. Responses are as follows:
 - A – “never”
 - B – “sometimes”
 - C – “often”

Please circle the appropriate response

5. “Refusal” and “inability” mean the same thing in the context of this questionnaire.

Q1 Does the patient ever refuse to eat? A B C

Q2 Does the patient turn his/her head away while being fed? A B C

Q3 Does the patient refuse to open his/her mouth? A B C

Q4 Does the patient spit out his/her food? A B C

Q5 Does the patient leave his/her mouth open allowing food to drop out? A B C

Q6 Does the patient refuse to swallow? A B C

Psychometric properties

Factor analysis:

The items of the EdFED Scale can be distinguished from other indicators of eating difficulty in older people such as the level of nursing help required or the spillage of food and leaving food on the plate by factor analysis.

Mokken scaling:

The EdFED Scale is a Mokken scale: older people with dementia displaying a particular level of difficulty on the scale will display all the items below that point on the scale.

Reliability:

The EdFED Scale is internally consistent and is reliable between raters and between ratings.

Validity:

The EdFED Scale correlates with other measures of eating difficulty and is correlated with the level of nursing care required but it does not correlate with measures of unrelated constructs such as choking,

Using the EdFED Scale

There is no copyright on the EdFED scale and individuals are welcome to use it.

13.2 Cuestionario (En inglés)

1.- Does the patient require close supervision while feeding?

a) never b) sometimes c) often

2.- Does the patient require physical help with feeding?

a) never b) sometimes c) often

3.- Is there spillage while feeding?

a) never b) sometimes c) often

4.- Does the patient tend to leave food on the plate at the end of a meal?

a) never b) sometimes c) often

5.- Does the patient ever refuse to eat?

a) never b) sometimes c) often

6.- Does the patient turn his head away while being fed?

a) never b) sometimes c) often

7.- Does the patient refuse to open his mouth?

a) never b) sometimes c) often

8.- Does the patient spit out his food?

a) never b) sometimes c) often

9.- Does the patient leave his mouth open allowing food to drop out?

a) never b) sometimes c) often

10.- Does the patient refuse to swallow?

a) never b) sometimes c) often

11.- Indicate appropriate level of care for feeding required by patient

a) supportive-educative b) partly compensatory c) Wholly compensatory

Malta, March 2006

Dr. Ronald Fiorentino
Medical Superintendent
St. Vincent de Paul Residence

Dear Sir.

I am nutritionist Blanca Gonzalez from Mexico and I am doing the post-graduate diploma programme in Gerontology and Geriatrics in the European Centre of Gerontology at the University of Malta. I would like to have your authorization to carry out the research for my dissertation in St. Vincent De Paul Residence, in the psycho-geriatric wards as I would like to do a study on "Feeding Problems in Institutionalized Elderly with Dementia" under the supervision of Dr. Anthony Fiorini.

Thank you in advance for the attention to this letter, I would be waiting for an answer.

Blanca Gonzalez

67 Gorg Borg Olivier Street, 79535036



13th March 2006

Ms Blanca Gonzalez
Student
Postgraduate Diploma in Gerontology
And Geriatrics 2005-2006

Dear Madam

I would like to inform you that I have no objection for you to conduct your research for your dissertation entitled "Feeding problems in Institutionalised Elderly with Dementia". Please ensure that strict confidentiality is maintained at all times.

Furthermore once your studies are finalised I would like you to send us a copy so that we can include it in our library.

Wishing you every success in your studies.

Dr Ronald Fiorentino MD Dip. Ger.
Medical Superintendent

RF/vb

