

**TIPOS DE MODIFICACIONES EN DIETA QUE SE ESTAN LLEVANDO A CABO EN  
CUIDOS DE ENVEJECIENTES CON DIFERENTES CONDICIONES DE SALUD**

Sometida al Programa de Patología del Habla-Lenguaje  
de la Universidad del Turabo  
como requisito parcial  
del grado de

**Maestría en Ciencias en Patología del Habla-Lenguaje**

de la Escuela de Ciencias de la Salud  
por

JIANCA RIVERA DÁVILA

Mayo, 2013

María A. Centeno Vázquez, Ph. D., MS-CCC-SLP

Maribel González Román, DHSc, MA-CCC-SLP

## Tabla de contenido

Capítulo I: Introducción	
Presentación del problema	6
Justificación	6
Propósito Investigativo	7
Objetivos	8
Marco Teórico	8
Definiciones	9
Capítulo 2	
Revisión de literatura	11
Capítulo 3: Metodología	
Introducción	17
Diseño de la investigación	17
Objetivo	17
Selección de los participantes	18
Criterios de Inclusión	18
Criterios de Exclusión	18
Lugar de investigación	18
Instrumento	19
Administración y recolección de data	19
Confidencialidad	19
Riesgos Potenciales	20

Beneficios de la Investigación	20
Capítulo 4	
Resultados	21
Capítulo 5	
Discusión	26
Apéndice A	28
Referencias	30

## Capítulo I

### Introducción

Hoy día la población envejecientes ha ido aumentando en nuestra Isla. Es el grupo de mayor aumento poblacional en Puerto Rico. Según las estadísticas del Censo del año 2010 se puede observar que la población general disminuyó y que aumentó el porcentaje de personas mayores de 65 años. Actualmente tenemos una población de 3.7 millones de los cuales 541,998 tienen 65 años o más (Censo 2010). Nuestra población va envejeciendo y con ello van surgiendo nuevas necesidades y cambios en estilos de vida. Esto representa nuevos retos y cambios en todas las áreas del diario vivir. La preocupación por los ancianos y su estilo de vida en la sociedad cambiante de hoy en día es tema de interés de instituciones gubernamentales, universidades, y de grupos privados de distintas orientaciones (Urrutia Amable y Villarraga García, 2010). De esta preocupación surge la Ley del Reto Demográfico la cual fue creada para establecer la política pública del Gobierno de Puerto Rico para la planificación y la asignación de recursos entre otros para atender la problemática demográfica. El aumento en la tasa poblacional de envejecientes provocará a su vez un aumento en los servicios y hay que contar con las herramientas necesarias para atender los efectos que causará tener una población con una alta concentración de personas envejecientes (Ley Número 121, 1986). El envejecimiento trae consigo una gama de problemas de ajuste a un nuevo rol, nuevas condiciones de vivienda y de ingreso económico, diferentes condiciones de salud, compras, transportación, amistades, soledad, dependencia, etc., y otros problemas que afectan su bienestar (Rovira, 1997). Los envejecientes sufren de cambios anatómicos como encorvamiento de rodillas, deterioro en la columna vertebral, cambios en peso y en composición corporal. También se producen cambios funcionales que afectan al sistema cardiovascular, renal, pulmonar, sistema digestivo y cambios en visión y audición.

Vivimos en un mundo que envejece. En los países primer mundistas se han realizado diversas investigaciones acerca de esta etapa y el mejoramiento de la calidad de vida de la misma. Debido al aumento de la esperanza de vida y gran descenso en las tasas de natalidad experimentadas en los últimos años, la tradicional pirámide poblacional se está invirtiendo, de tal manera que en la actualidad prevalecen más las personas mayores que los niños y jóvenes, lo cual va indicando que la población está envejeciendo a un ritmo acelerado. ( Fernández – Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999). En la actualidad más de 600 millones de personas en todo el planeta tienen 60 años o más (ONU, 2001). Así como ha aumentado la población de personas mayores de 65 años, así también ha aumentado el número de envejecientes viviendo en hogares de cuidado. Una de las instituciones que han aumentado son las casas de retiro u hogares para ancianos (Weblog, 2008). En el 2009 había en Puerto Rico 1,300 centros para cuidado de ancianos con licencia (El Nuevo Día). Dichos centros de cuidados de envejecientes con licencia están regulados por diferentes agencias tales como el Departamento de Salud y se han convertido en los hogares de muchos envejecientes. En estos centros se puede encontrar envejecientes con diferentes problemas de salud. Los lugares de cuidado deben contar con un equipo de profesionales de la salud que son los responsables de brindar un cuidado especializado a cada individuo de acuerdo a sus condiciones. Debido al aumento de envejecientes, los profesionales de la salud están más a la vanguardia de las necesidades de esta población y están disponibles para darles atención. La participación de los diferentes profesionales médicos de enfermería, terapeutas y trabajadores sociales en el abordaje de los diferentes aspectos de la asistencia al anciano, ha fomentado el desarrollo progresivo de la metodología del trabajo en equipo (Gutierrez Bezón , Jiménez Rojas & Corregidor Sánchez, 2006). Abogados, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, terapeutas físicos y otros están ofreciendo sus servicios a personas de

mayor edad. (Rovira, 1997). Este equipo de profesionales de la salud en Puerto Rico incluye Médicos, un Patólogo del Habla-Lenguaje, un Nutricionista-Dietista, Enfermeros, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Terapeuta Físico y Terapeuta Ocupacional entre otros.

Uno de los problemas más comunes en envejecientes es la disfagia. La disfagia es definida como dificultad en tragado, se refiere a la dificultad de mover comida de la boca al estómago; puede incluir inflamación, compresión, parálisis, hipertonicidad o debilidad del esófago. También podría definirse como todos los actos motores sensoriales y de comportamiento durante la preparación para el tragado. Esto incluye la conciencia cognitiva de las situaciones alimentarias, reconocimiento visual de la comida, y todas las respuestas fisiológicas tales como el incremento de la salivación producida por el olor y la presencia de los alimento (Leopold & Kagel, 1996). La disfagia afecta aproximadamente un de 35-65% de los ancianos (Germain et al., 2006). La disfagia puede ser el resultado de condiciones que se ven a menudo en los hogares de ancianos tales como accidentes cerebrovasculares, demencia, enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple, entre otras. Si no es tratada adecuadamente puede agravar el cuadro nutricional del paciente, afectar el área social y psicológica. También puede acelerar su deterioro físico que lo puede llevar incluso a la muerte.

Dado que la disfagia es una problemática común en estas personas, es imperativo que reciban un manejo adecuado y que sean evaluados por los profesionales de salud expertos en este campo. El Patólogo del Habla-Lenguaje (PHL) junto al nutricionista y dietista trabajan en conjunto en los casos donde el paciente necesite una modificación en la dieta para el manejo de la disfagia. El PHL es quién evalúa las habilidades de tragado para luego establecer un plan de manejo y tratamiento para el envejeciente con disfagia. Junto con el nutricionista, el Patólogo del habla determinan las consistencias adecuadas de alimentos y líquidos que puedan ser

consumidas de una manera segura por el envejeciente para optimizar la ingesta de líquidos y alimentos (Heiss, C., Goldberg, L., Dzarnoski, M., 2010). El Nutricionista-Dietista debe colaborar con el Patólogo del Habla –Lenguaje y otros profesionales de la salud para asegurar que los envejecientes con disfagia reciban dietas con texturas modificadas apropiadas e individualizadas tales como comidas suaves, majadas, picadas o en puré. (Evidence Analysis Library Academy of Nutrition and Dietetics, 2012).

Es responsabilidad de los centros de envejecientes proveer y contar con los servicios y profesionales de la salud necesarios para estos pacientes con disfagia. Es deber de estos centros de envejecientes implementar las recomendaciones y tratamiento sugeridos por el equipo de profesionales de la salud. La Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada (Ley Núm 121 del 12 de julio de 1986) promulga entre otras cosas que las personas de 60 años o más el derecho a vivir en un ambiente tranquilo, de respeto y digno que satisfaga las necesidades básicas de alimentación y de salud con atención a las condiciones físicas, mentales, sociales, espirituales y emocionales. Es importante obtener información sobre el funcionamiento de estos cuidados en cuanto al manejo de envejecientes con problemas de alimentación por la necesidad de identificar si existe un número mayor de envejecientes con disfagia.

En ésta investigación queríamos investigar si en centros de envejecientes de Puerto Rico se estaban llevando a cabo modificaciones en dieta y por qué estaban siendo recomendadas.

El propósito de esta investigación fue auscultar qué tipo de modificaciones en dieta se estaban llevando a cabo en cuidados de envejecientes con disfagia en Puerto Rico como recomendaciones de Patólogo del Habla-Lenguaje y/o cualquier otro profesional de la salud relacionado al cuidado y manejo de pacientes con problemas de disfagia mediante visitas y

cuestionarios en diferentes hogares de cuidado de ancianos. El cuestionario fue administrado a los administradores, cocineros o enfermeros de estos cuidados de envejecientes.

La modificación en alimentación que se le ofrezca a estos envejecientes es imprescindible para su salud y bienestar físico y emocional. Una mala modificación puede causar malnutrición, pérdida de peso, deshidratación, y aspiración. La aspiración en los envejecientes ocurre con más frecuencia de lo pensado. En los años 90' la mayoría de los Patólogos del habla-lenguaje veían la aspiración únicamente relacionada a un mero problema al tragar, al presente cuando se sospecha de aspiración, nuestras mentes sospechan directamente sobre disfagia. (Coyle & Matthews, 2010). El cuidado ofrecido a los envejecientes en estos centros es primordial para evitar que se compliquen las ya existentes condiciones que tengan y prevenir la aspiración.

El desarrollo de este estudio permitió investigar si estos cuidados de envejecientes cuentan con el personal adecuado para cuidar envejecientes con disfagia y si estaban llevando a cabo las modificaciones en texturas necesarias para el mejor manejo del tragado. La investigación también aportó información sobre cuál es la participación del Patólogo del Habla-Lenguaje y la colaboración de otros profesionales en la elaboración de alternativas de modificaciones en dieta para mejorar la calidad de vida de estas personas.

El marco teórico utilizado fue basado en "The National Dysphagia Diet" (NDD). Esta fue publicada en el año 2002 por la American Dietetic Association (ADA) y fue desarrollada por un panel de Dietistas, Patólogos del Habla y un científico de alimentos. Va dirigida a establecer una terminología estándar y aplicaciones prácticas para la modificación de texturas de alimentos en el manejo de disfagia. (McCullough, & Pelletier., 2003) Esta dieta está dividida en cuatro niveles de acuerdo a la textura del alimento. El nivel 1, "Dysphagia Pureed", que se refiere a alimentos

que requieran poca habilidad para masticar. El nivel 2, “Dysphagia-Mechanical Altered”, alimentos semi-sólidos, húmedos, que requieran algún tipo de masticación. El nivel 3 “Dysphagia-Advanced” , alimentos blandos que requieren mayor habilidad de masticación. Por último, nivel “Regular”, dónde están permitidos todos los alimentos.

## **Definiciones**

Los términos empleados de forma conceptual para este estudio fueron:

1. disfagia- dificultad en tragado, puede incluir inflamación compresión, parálisis, hipertonicidad o debilidad del esófago; así como todos los actos motores sensoriales y de comportamiento durante la preparación para el tragado. Esto incluye la conciencia cognitiva de las situaciones alimentarias, reconocimiento visual de la comida, y todas las respuestas fisiológicas tales como el incremento de la salivación producida por el olor y la presencia de los alimento

2. vejez- es la última etapa de la vida de los seres vivos antes que se produzca el fallecimiento y es una inevitable consecuencia del paso del tiempo.

3. Patólogo del habla-lenguaje- individuo con un grado o certificación en Patología del habla-lenguaje que está cualificado para diagnosticar desórdenes del habla, lenguaje y voz. También prescribe e implementa medidas terapéuticas.

4. Nutricionista-Dietista- es un profesional de la salud, con titulación universitaria, reconocido como un experto en alimentación, nutrición y dietética, con capacidad para intervenir en la alimentación de una persona o grupo.

5. manejo- dirección y administración de un asunto.

6. modificación de dieta- ajustes realizados en el plan de alimentación para cubrir necesidades específicas. Puede ser en textura, en postura, modo de alimentación o restricción de nutrientes, entre otros.

## Capítulo 2

### Revisión de la literatura

Deberíamos tener una lista de cotejos que son considerados como importantes indicadores de la calidad de servicio ofrecidos por una institución. Uno de ellos es el “Food and Nutrition Care Indicators Checklist” . Esto es una lista de cotejos la cual incluye 57 indicadores para evaluar los servicios de alimentos y nutrición en centros de cuidados de envejecientes. Dentro de estos indicadores se evalúa el área del comedor, desde el tiempo de espera, comodidad, acomodados especiales, disponibilidad de sillas especiales, espacio para sillones de ruedas, número de empleados, disponibilidad de empleados, métodos de cocción, preparación de los alimentos de acuerdo a la habilidad de alimentación de cada envejeciente, monitoreo de ingesta de pacientes, necesidad de modificaciones terapéuticas y seguimientos a ellas, entre otros indicadores. Estos indicadores son importantes para evaluar la calidad de los servicios de alimentos y nutrición que se ofrece en estos hogares (Chao, 2008).

Quienes rutinariamente alimentan a los ancianos son los Asistentes de Enfermería y pueden sentir presión para lograr alimentar a muchos ancianos durante un breve período de tiempo (Musson et al., 1990; Pillemer, 1996). Sanders, Hoffman y Land, (1992) encontraron que las técnicas de algunos cuidadores eran inadecuadas, y que éstas prácticas pueden llevar al paciente a aspirar alimentos o una ingesta nutricional inadecuada. Para realizar este estudio se utilizó el método de triangulación. El primer método fue una observación estructurada de alimentación, en el segundo método utilizado las Asistentes de Enfermería criticaron comportamientos positivos y negativos según un filme y por último una semi-entrevista. La semi-entrevista estaba compuesta por un cuestionario en papel, una entrevista verbal dónde se le

hacían preguntas sobre su trabajo, criticar comportamientos sobre las etapas de alimentación en un filme y contestar preguntas designadas para explorar su conocimiento. Entre esas prácticas se encontraban el posicionamiento del cuerpo, el cuidado después de administrar la comida, prestar atención a cada bocado o sorbo. El propósito de este estudio era examinar el conocimiento de los Asistentes de enfermería en cuanto a disfagia y cómo alimentar a los ancianos. Se llevó a cabo con 20 Asistentes de Enfermería en cuatro centros de ancianos. Durante el estudio se confirmó que los Asistentes en Enfermería demostraron conocimientos generales en aspectos rutinarios de alimentación, posicionamiento-preparación y los signos-síntomas básicos de disfagia. Sin embargo el conocimiento demostrado por los enfermeros utilizando técnicas de alimentación con residentes con disfagia o con pacientes que mostraran retos en la alimentación, no fueron adecuadas. Se utilizó variedad de métodos para indagar la experiencia y las prácticas actuales de los Asistentes en Enfermería, el resultado fue suficientemente confiable y puede servir como guía para mejorar los servicios ofrecidos en los centros de envejecientes ofrecidos por los Asistentes de enfermería. La falta de conocimiento en los profesionales de enfermería puede ser por la falta de instrucción en el salón de clases en el área de tratamiento de disfagia. El mejor método de mejorar o cambiar las destrezas de alimentación de las Asistentes de Enfermería sería más educación y supervisión (Pelletier, 2004).

En el estudio de Colodny 2005 se encontró un pobre cumplimiento de los envejecientes con las recomendaciones dadas por algún profesional de la salud. Es un problema serio que no se ha comprendido bien aún. (Colodny, 2005). Ha sido un problema que a pesar de ser estudiado persiste aún. Esto es un comportamiento que impide que el paciente logre su bienestar. En su estudio, Colodny examinó las justificaciones o razones que daban los pacientes de disfagia. Estos preferían alimentarse de forma independiente para no cumplir con las recomendaciones dadas

por PHL. La muestra del estudio consistió de 63 pacientes con disfagia que se alimentaban de forma independiente entre las edades de 65 y 100 años en un cuidado de envejecientes de New York. Estos no presentaron cumplimiento con las recomendaciones luego de haber sido evaluados y recibir recomendaciones del PHL. Las razones encontradas fueron clasificadas en ocho categorías: negación de problema de tragado, insatisfacción con la preparación de alimentos, riesgos calculados, razonamientos de evidencias contradictorias, minimizar la severidad del problema, acomodamiento, proyección de culpa hacia el PHL y justificar su no cumplimiento con otra fuente de autoridad.

Según Logemman (1998) los pacientes con disfagia en ambientes de cuidados de envejecientes pueden representar un gran reto para el PHL por algunas restricciones en los tipos de evaluación que se llevan a cabo en estos lugares y debido a la naturaleza de la población atendida. Muchas veces estos pacientes disfágicos no están diagnosticados, y por lo que se le hace difícil al PHL desarrollar un plan de tratamiento efectivo para el problema de tragado del paciente ya que realizar un diagnóstico conlleva unos procesos que deben ser atendidos en una clínica. Esto es de suma importancia ya que alimentar a un paciente sin comprender su fisiología de tragado puede causar aspiración y no optimiza la salud del paciente, al contrario se aumenta el riesgo de enfermedad. Por esto es que el PHL debe estar seguro del diagnóstico del paciente antes de alimentar a un envejeciente con disfagia y/o dar recomendaciones en dieta. La interacción con el personal de alimentación es importante. El personal de alimentación debe seguir las recomendaciones que ofrece el PHL en cuanto a modificaciones en la alimentación, ya sea en textura, la duración de la alimentación, la manera en que el alimento se le coloca en la boca al envejeciente o la posición al comer. Es sustancial llevar a cabo estas recomendaciones ya que el personal de alimentación documentará cada reacción del envejeciente a las modificaciones

en dieta recomendada. De esta manera todo fluye en beneficio al envejeciente para optimizar sus necesidades de tragado y alimentación.

Las implicaciones de este estudio para el PHL son que se debe considerar el impacto psicológico de la disfagia y saber cuándo involucrar otro miembro del equipo de profesionales de la salud. El poco cumplimiento de los pacientes con disfagia constituye un serio problema de salud. Una de las interrogantes surgidas de este estudio era cuál es el rol del cuidador de salud en el cumplimiento del paciente. No se puede dejar sólo al paciente con disfagia con su impedimento al tragar. Las modificaciones en dieta recomendadas por un PHL en conjunto con otros especialistas son muy importantes para determinar las necesidades específicas del paciente (Palmer & Metheny, 2008).

La disfagia no solo trae complicaciones como la aspiración de líquidos, también está asociada a problemas de comunicación. Disfagia en adultos está asociada a condiciones que ocurren según pasan los años, como el Parkinson (Blonsky, Logemann, Boshes & Fisher, 1975; Groher, 1984; Logemann 1983; Logemann, Blonsky, & Boshes, 1975; Silbiger, Pikielney, & Donner, 1967). Logemann (1985b) indicó que las funciones del habla y de la deglución comparten muchas estructuras morfológicas y rutas neurales. También es común ver envejecientes que a raíz de un infarto sufren de disfagia y como consecuencia de la disfagia aspiran alimentos. La aspiración de alimentos conlleva a una hospitalización y retrasa el inicio de rehabilitación. Los pacientes de disfagia deben ser manejados apropiadamente porque requieren alteración en sus dietas. Por ejemplo, modificación de líquidos es una estrategia recomendada con problemas de tragado. El uso de líquidos espesos es considerado cuando el control oral disminuye (Logemann, 1998; O’Gara, 1990; Penman & Thomson, 1998). El

aumento en viscosidad de un líquido espeso promueve el tragado seguro y minimiza el riesgo de aspiración de fluidos. Estandarización de los líquidos y modificación de alimentos es imperativo para manejar los pacientes con disfagia ( McCullough, Pelletier, Steele, & Sullivan 2004). El uso de líquidos espesos es descrito por la literatura como una de las modificaciones en alimentos más utilizada . Castellanos, Butler, Gluch, and Burke (2004) reportaron que 8.3% de los residentes de facilidades de cuidado ingieren líquidos espesos. En el estudio “Thickened Liquids: Practice Patterns of Speech-Language Pathologists se encontró que 84.6% de los PHL encuestados consideran que utilizar líquidos espesos es una buena técnica de manejo para pacientes con disfagia. Resultaría interesante determinar cuántos cuidados de envejecientes tienen conocimiento de esta técnica y la emplean. En nuestro estudio conocimos las estrategias que se utilizan en estos cuidados de envejecientes.

El estudio “Sensory design and optimization of consistency to promote health and comfort in elderly people” se enfocó en producir productos saludables de alimentación para envejecientes con disfagia en un “Special Housing” y modificar la textura de unos alimentos. La data fue recolectada a través de un cuestionario que consistía en tres partes, “Estatus nutricional”, “Estatus de tragado y masticación” y “Aceptación y preferencia”. La tercera parte del cuestionario era realizada por una PHL o una Nutricionista. Los alimentos que fueron modificados en texturas (carnes y zanahorias) fueron percibidos por los envejecientes como fáciles para masticar y tragar en comparación con sólidos. El hecho de haber modificado una comida resulta en una alimentación funcional para un envejeciente, lo que pudiera evitar la malnutrición y a su vez mejorar la calidad de vida en los cuidados de envejecientes. Sin embargo no se especificó si estas modificaciones fueron recomendadas por una PHL ni que tipo de modificación se realizó exactamente. Los envejecientes que viven este tipo de residencias están

expuestos a condiciones relacionadas a la malnutrición y disfagia. La morbilidad y la mortalidad aumentan en los envejecientes bajo peso pero no hay muchos estudios que relacionen como la malnutrición afecta la calidad de vida relacionada con la salud. En cuidados de envejecientes la calidad de vida era reducida por los riesgos nutricionales. Un estudio realizado por Jan-Magnus Kvamme, Jan Abel Olsen, Jon Florholmen y Bjarne K. Jacobsen (2010) exploró la asociación entre riesgo de malnutrición, BMI (índice de masa corporal) y la calidad de vida relacionada a la salud y se encontró que la calidad de vida relacionada a la salud era reducida en los envejecientes en riesgo alto de malnutrición. Los participantes de 65-87 años fueron categorizados en riesgo de malnutrición leve-moderado y severo de acuerdo a su BMI y porcentaje de pérdida de peso si alguna. La calidad de vida relacionada a la salud se dividió en cinco dimensiones que incluían movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor y ansiedad. Se encontró que al aumentar el riesgo de malnutrición, aumentaban los problemas en las cinco dimensiones de salud. La malnutrición puede afectar la calidad de vida de los envejecientes. La identificación de problemas de tragado es esencial para el manejo adecuado del paciente, usualmente incluyendo una dieta con textura modificada. El alza en personas mayores en nuestra población con problemas de salud y disfagia es alarmante, por lo que la comida nutritiva con consistencia modificada debe ser desarrollada urgentemente (Rothemberg et al., 2007).

## Capítulo 3

### Metodología

A lo largo de este capítulo se describirá la metodología utilizada en esta investigación en el cual se buscó indagar sobre tipos de modificaciones en dieta que se están llevando a cabo en cinco cuidos de envejecientes con diferentes condiciones de salud. También se presenta el tipo de estudio que se realizó así como los instrumentos a utilizados.

### Diseño

Los tipos de diseño de investigación pueden ser cualitativos, descriptivos o experimentales (Seliger & Shohamy, 1989). En este caso el diseño para investigación fue de base cualitativo, descriptivo y de tipo étnico. La etnografía es un tipo de investigación que puede ser vista como una forma sistematizada donde el foco principal es la observación de los participantes, describiendo los patrones de conducta que caracterizan una cultura en particular en un escenario natural (Maxwell & Statake 2006).

### Objetivo

El propósito de esta investigación fue describir qué tipo de modificaciones en dieta se están llevando a cabo en cinco cuidos de envejecientes con o sin disfagia. Además de indagar las recomendaciones en dieta brindadas de Patólogo del Habla-Lenguaje y/o cualquier otro profesional de la salud.

## **Selección de los participantes**

Los participantes se escogieron aleatoriamente. Se seleccionaron cinco cuidados de envejecientes de una guía telefónica. Los cuidados de envejecientes seleccionados fueron del área Noreste de Puerto Rico.

## **Criterios de Inclusión**

Empleados de cuidados de envejecientes en las siguientes posiciones: cocinero, enfermero, asistente de enfermería.

## **Criterios de Exclusión**

Empleados de cuidados de envejecientes que no sean cocineros, enfermeros o asistentes de enfermería.

## **Reclutamiento**

El investigador tuvo como responsabilidad contactar a los administradores de los cuidados de envejecientes de donde se deseaba obtener las muestras de los participantes. Una vez se obtuvo las cartas de apoyo, autorizando al investigador para realizar la investigación en dichos centros, se procedió con la explicación de la hoja informativa y se entregó el cuestionario a cada participante.

## **Lugar de investigación**

La investigación se llevó a cabo en cinco cuidados de envejecientes seleccionados en el área Noreste del país.

## **Instrumento de investigación**

Se utilizó un cuestionario creado por el investigador que consta de 25 preguntas abiertas y cerradas. Dicho cuestionario toma aproximadamente 10 minutos.

## **Administración y recolección de data**

Luego de contactar y obtener la autorización del administrador del cuidado de envejecientes, se comenzó la administración de los cuestionarios. Dicho proceso constó de contactar personas interesadas en participar de la investigación. Luego se le administró y se explicó de manera individual la hoja informativa de la investigación. Se procedió a la administración del cuestionario. El investigador corroboró que contestaron todas las preguntas, y se le facilitó ayuda cuando fue necesario. Se entregó una copia del cuestionario al participante y al investigador. La recolección de datos se hizo personalmente. Se recolectaron los datos y se analizaron utilizando un enfoque no experimental descriptivo. Los datos obtenidos se analizaron por medio de estadísticas descriptivas.

## **Confidencialidad**

Los cuestionarios recolectados se guardarán durante cinco años en un archivo bajo llave localizado en la residencia del investigador principal de este estudio según estipula la Oficina de Cumplimiento SUAGM. Pasados los cinco años, los cuestionarios se triturarán. Los cuestionarios no fueron identificados por pueblo ni por nombres para garantizar y salvaguardar la confidencialidad de cada cuidado de envejecientes. Se realizó un listado donde cada cuidado de envejecientes tenía un código particular compuesto de una letra y de un número que lo representó. De igual forma el listado fue archivado bajo llave y triturado luego de los 5 años.

## **Riesgos potenciales**

Los riesgos que se identificaron al participar de este estudio son descritos como mínimos, entre ellos cansancio/aburrimiento al llenar el cuestionario administrado.

## **Beneficios de la investigación**

Luego de la revisión de literatura se llega a la conclusión de que si no se llevan a cabo modificaciones en dieta de forma adecuada el envejeciente y su cuadro clínico se deteriorarán. Por ejemplo, impactando el peso del envejeciente. También pudiese presentar condiciones respiratorias como neumonía por aspiración. Como consecuencia de una modificación en dieta adecuada, el envejeciente incrementará sus funciones fisiológicas de tragado. Es importante saber quién está llevando a cabo las modificaciones en dieta en centros de cuidado para poder educar a estos empleados o encargados sobre la alimentación del envejeciente. También es importante orientar sobre la importancia de cumplir con las necesidades de modificaciones en dieta de los envejecientes para disminuir la incidencia de hospitalizaciones, enfermedades pulmonares y disfagia. La disfagia afecta aproximadamente un 35-65% de los ancianos (Germain et al., 2006). Si no es tratada adecuadamente puede agravar el cuadro nutricional del paciente, afectar el área social y psicológica. También puede acelerar su deterioro físico que lo puede llevar hasta a la muerte.

## Capítulo 4

### Resultados

El propósito de esta investigación fue indagar sobre los tipos de modificaciones de dieta que se están llevando a cabo en cuidados de envejecientes con diferentes condiciones de salud. Las preguntas del cuestionario realizado por el investigador también iban dirigidas a determinar si esas modificaciones que se están llevando a cabo eran resultado de la recomendación de un PHL en conjunto con un Dietista-Nutricionista. Otras preguntas servirían de guía para saber cuánto conocimiento tenían estos enfermeros, asistentes de enfermería y/o cocineros sobre modificaciones de dieta.

Se entregaron 16 cuestionarios distribuidos en cinco cuidados de envejecientes del área noreste del país. Todos los cuestionarios fueron contestados en su totalidad. Estos cuestionarios fueron contestados por enfermeros, asistentes de enfermería y cocineros. Los cuestionarios fueron contestados en su totalidad. La data obtenida de estos cuestionarios fue analizada de manera descriptiva utilizando gráficas y tablas. A continuación se presentan los resultados obtenidos de las preguntas realizadas en el cuestionario. Los mismos se explican de manera descriptiva, en tablas y en gráficas.

*Tabla 1. Matrícula aproximada de los cuidados de envejecientes y sus condiciones*

Matrícula aproximada de los cuidados de envejecientes y condiciones de los envejecientes				
Centro	Matrícula	Alzheimer	Parkinson	Disfagia
Centro A HFA	19	19	0	0
Centro B ceHC	10	9	0	0
Centro C E	39	20	2	4
Centro D CHR	90	75	2	4
Centro E CV	12	6	0	0

Tabla 2. Número de empleados que trabajan en cada centro

Centro	Empleados que hay en cada centro			
	5- 10	11-15	16-25	26 o más
Centro A		✓		
Centro B	✓			
Centro C				✓
Centro D				✓
Centro E		✓		

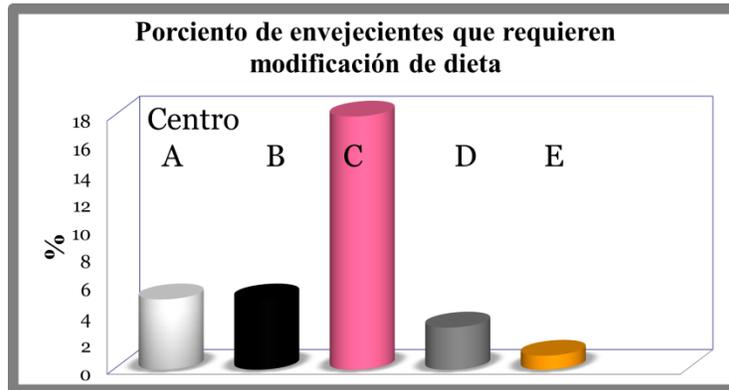
Tabla 3. Nivel de escolaridad de los empleados de cada centro

Centro	Nivel de escolaridad de los empleados				
	Escuela Superior	Grado Asociado	Certificado	Bachillerato	Maestría
Centro A	✓	✓			✓
Centro B			✓	✓	
Centro C	✓	✓			✓
Centro D	✓	✓	✓	✓	
Centro E	✓	✓		✓	

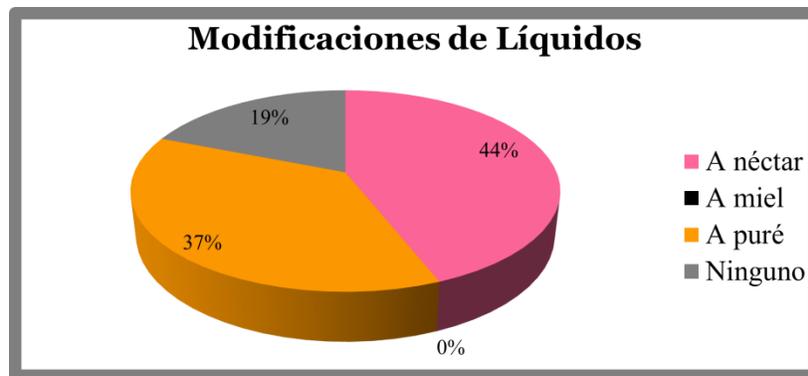
Tabla 4. Plazas que hay en cada centro

Centro	Plazas que hay en cada centro							
	Administrador	Supervisor	Enfermero	Ast Enfermería	Mantenimiento	Cocinero	Trab Social	Otro
Centro A	✓		✓	✓				
Centro B	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Nutricionista
Centro C	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Secretaria, Recursos Humanos, Doctor
Centro D	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Centro E	✓		✓	✓		✓	✓	Lider recreativo

Gráfica 1. Porcentaje de envejecientes que requieren modificación de dieta



Gráfica 2. Tipos de Modificaciones en Líquidos que se realizan en los cuidados de envejecientes



Gráfica 3. Tipos de Modificaciones en Sólidos que se realizan en los cuidados de envejecientes

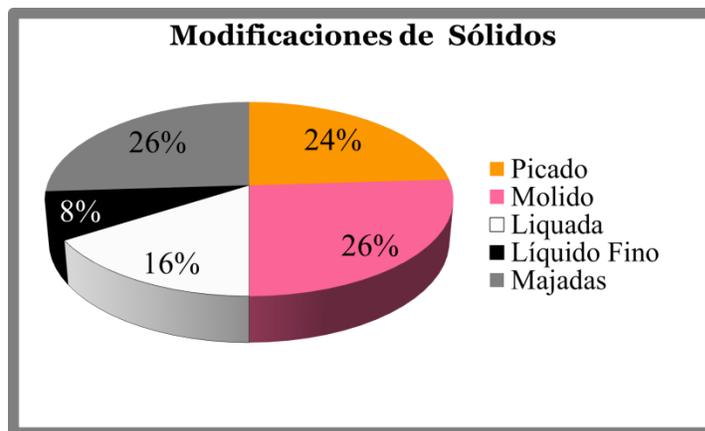


Tabla 5. Modificaciones más efectiva según cada centro

Centros	Modificación más efectiva
A	Modificación de postura
B	Modificación de sólidos
C	Modificación de sólidos y postura
D	Modificación de líquidos y ayuda al comer
E	Modificación de sólidos

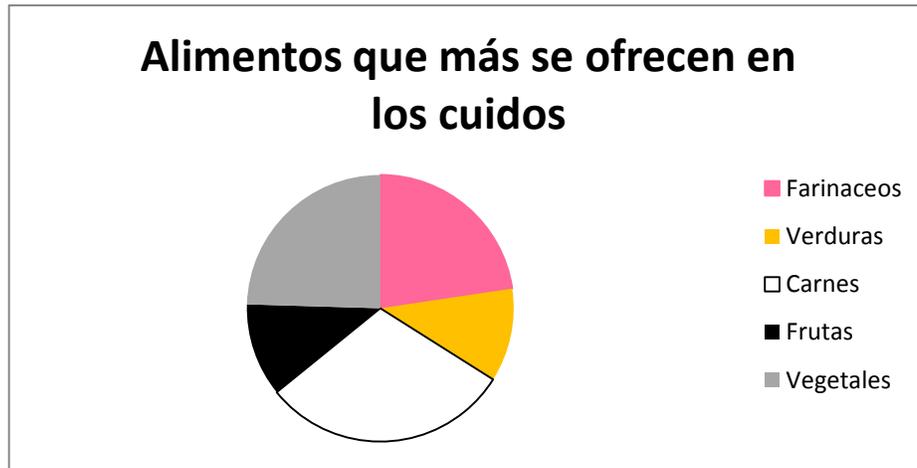
Tabla 6. Modificaciones realizadas por los cuidados de envejecientes

Centros	Modificación realizada
A	Modificación de líquidos, sólidos, postura y ayudar en la ingesta de alimentos.
B	Mezcla de comidas con leche, caldo de pollo y sopas.
C	Posición, majar comidas y alimentación enteral.
D	Picar comida, majarla, licuarla y ayudar al comer.
E	Majar comida.

En cuanto a quiénes participan en estas modificaciones de alimentos cuatro centros indicaron que las realiza el cocinero y un centro indicó que las realiza el nutricionista. Según las respuestas todos los cuidados reciben la visita de un Nutricionista; dos cuidados indicaron recibir la visita de un PHL. Parte de las recomendaciones que reciben del Nutricionista son relacionadas a la cantidad de alimentos que se le ofrece al envejeciente y recomendaciones de consumo de azúcares y proteínas. Los centros que reciben la visita de un PHL han recibido recomendaciones de posicionamiento, consistencia y textura. Estos centros indicaron que otra de las recomendaciones por parte del PHL es alimentar a algún paciente reclinado; ninguno ha recibido recomendación de alimentar a algún paciente acostado.

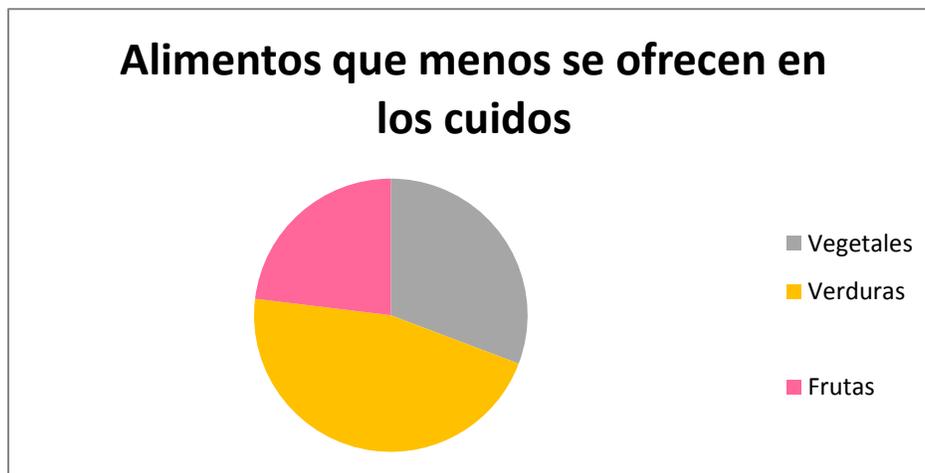
Muchos de estos envejecientes requieren ayuda durante la ingesta de alimentos. Según la data recolectada un 65% de los envejecientes de estos centros que participaron de la investigación comen de forma independiente. El restante 35% requieren que alguien los asista a la hora de alimentarse. Por otro lado, el momento en que estos cuidados de envejecientes sirven la bebida varía. Dos centros indicaron que se les sirve la bebida durante la comida. Otros dos centros indicaron que la bebida se servía antes, durante y después de la comida, mientras que un centro indicó que se les sirve la bebida antes y después de la comida.

Gráfica 4. Alimentos que más se ofrecen en los cuidados



La Gráfica 4 muestra el alimento que más se ofrece en los cuidados, la data arrojó que las carnes es el alimento que más se ofrece, seguido por los farináceos, luego los vegetales; las frutas y verduras se ofrecen por igual.

Gráfica 5. Alimentos que menos se ofrecen en los centros



Por último, la Gráfica 5 muestra que los alimentos que menos se ofrecen en los cuidados son las verduras, seguido por los vegetales y luego las frutas. Al indagar sobre cuál de estos alimentos (carne, verduras, farináceos, frutas, vegetales) no se ofrecen en sus menús, los 5 centros indicaron que todos los alimentos se ofrecen en sus centros.

## Capítulo 5

### Discusión

El objetivo de la investigación fue indagar sobre los tipos de modificaciones de dieta que se están llevando a cabo en cuidados de envejecientes con diferentes condiciones de salud. Parte de las preguntas del cuestionario tenían como fin obtener información sobre las características de cada cuidado de envejeciente, y de dónde obtuvieron su conocimiento actual sobre las modificaciones que les realizan a sus envejecientes. También se deseaba precisar si en efecto estas modificaciones empleadas eran producto de alguna recomendación de un PHL.

Los resultados de esta investigación comprueban las suposiciones sobre las modificaciones en dieta. Se halló que ninguno de los centros tenía como empleado regular un Patólogo del habla-lenguaje. Únicamente dos de los cinco centros elegidos para la investigación recibía la visita de un Patólogo del habla-lenguaje, y que esta le hacía recomendaciones sobre modificación de dieta para sus envejecientes que así lo requerían. También se encontró que el diagnóstico de Disfagia estaba establecido en los centros que recibían la visita del Patólogo del habla-lenguaje. Por ende, los centros restantes realizaban modificaciones en dieta sin un diagnóstico que justificara un problema en la ingesta de alimentos.

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas. Como se menciona al principio de este estudio, durante el presente siglo se ha incrementado en forma marcada el número de personas que sobrepasa las barreras cronológicas establecidas como inicio de la etapa de vejez, dando origen al fenómeno del envejecimiento poblacional. Si bien es uno de los logros más importantes de la humanidad, afecta a todas las áreas de desarrollo de este individuo, que requieren de soluciones adecuadas. Por tal motivo el bienestar y las necesidades de alimentación de cada envejeciente debe verse de manera individual.

A la luz del análisis de los datos expuestos se concluye la necesidad y la importancia de que estos cuidados de envejecientes reciban orientación sobre problemas de tragado y la gran responsabilidad que intervenir con ello supone.

Al comparar estos resultados con la literatura revisada, difieren varios puntos. El primero a mencionar es el hecho de que en los cuidados de envejecientes de Puerto Rico no hacen mención de una lista de cotejo como “Food and Nutrition Care Indicators Checklist”. En esta lista no solo se toma en cuenta la calidad de los alimentos. Entre estos 57 indicadores se encuentra el área de comedor, acomodos especiales, disponibilidad de sillas especiales para la alimentación, cantidad de empleados, disponibilidad de empleados, tiempo de ingesta entre otros. Estos factores influyen mucho en la alimentación de los envejecientes con disfagia. Estos tipos de modificaciones juegan un papel importante para evitar que el envejeciente aspire durante la ingesta de alimentos.

Otro marcado contraste es que en los artículos de investigación siempre se envuelve al PHL durante la fase de diagnóstico y tratamiento de disfagia en conjunto con el Nutricionista. También se resalta la responsabilidad de que el personal de alimentación siga las recomendaciones en dieta sugeridas por el PHL. El personal de alimentación deberá documentar la reacción del envejeciente ante cualquier modificación en dieta realizada. Nuestra realidad es que son escasos los cuidados de envejecientes que cuenta con un PHL que recomiende modificaciones en dieta. La mayoría de los cuidados de envejecientes encuestados evidenciaron que las modificaciones en dieta que son llevadas a cabo no están bajo la responsabilidad de un PHL, si no, de sus empleados y cocineros. Lamentablemente muchos de estos pacientes a los que se les modifica su alimentación no están diagnosticados como personas con problemas de alimentación o tragado.

Para concluir, se debería realizar futuros estudios dirigidos a investigar la efectividad de estas modificaciones en dieta que se les realizan a los envejecientes las cuales no tienen en su mayoría ningún tipo de seguimiento por un Patólogo del habla-lenguaje. Además, deberían crearse diferentes alternativas para que los Patólogos del habla-lenguaje tengan una participación más activa en los cuidados de envejecientes. Como se evidenció en esta investigación, los cuidados de envejecientes conocen poco sobre el manejo de dietas para personas con dificultades de tragado y el rol del Patólogo del habla-lenguaje en esta área.

Sistema Universitario Ana G. Mendez  
Universidad del Turabo  
Escuela de Ciencias de la Salud  
Programa de Patología del habla-lenguaje

Investigación: *TIPOS DE MODIFICACIONES EN DIETA QUE SE ESTAN LLEVANDO A CABO EN CUIDOS DE ENVEJECIENTES CON DIFERENTES CONDICIONES DE SALUD*

Código: \_\_\_\_\_ Género: M  F

**Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas.**

1. ¿Cuál es la matrícula aproximada de este cuidado de envejecientes? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántos envejecientes tienen modificaciones de dieta en su alimentación? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántos de los envejecientes tienen Disfagia, Parkinson o Alzheimer? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuántos empleados hay en el lugar?

5-10  11-15  16-25  26 o más

5. ¿Cuál es el nivel de escolaridad de estos empleados?

Escuela Superior  Grado Asociado  Certificado  Bachillerato  Maestría

6. ¿Qué plazas existen en este centro?

Administrador  Supervisor  Enfermero  Asistente Enfermería  Mantenimiento

Cocinero  Trabajador Social Otro: \_\_\_\_\_

7. ¿Quiénes administran los alimentos?

Enfermero  Cocinero Otro: \_\_\_\_\_

8. ¿Cuáles de estos empleados participan en la modificación de alimentos?

\_\_\_\_\_

9. ¿Cuál de los siguientes alimentos es el que **más** se ofrece en su cuidado?

carnes  verduras  farináceos  frutas  vegetales

10. ¿Cuál de los siguientes alimentos es el que **menos** se ofrece en su cuidado?

carnes  verduras  farináceos  frutas  vegetales

11. ¿Cuál de los siguientes alimentos es el que **no** se ofrece?

carnes  verduras  farináceos  frutas  vegetales

12. Algunos de los alimentos sólidos antes mencionados son modificados de forma:

Picado  molido  licuada  líquido fino  majada otros: \_\_\_\_\_



Ana G. Mendez University System  
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 03-391-12

Approval Date 03/18/13

Expiration Date 03/17/14

Signature MCDH

13. ¿Qué tipo de modificaciones se llevan a cabo en cuanto a las bebidas?

- a. Cambio de líquido fino a consistencia néctar
- b. Cambio de líquido fino a consistencia miel
- c. Cambio de líquido fino a consistencia puré
- d. Ninguna de las anteriores

14. ¿En qué momento se sirve la bebida en su cuidado, antes durante o después de la comida?

---

15. ¿Qué por ciento de envejecientes en su cuidado requieren alguna modificación en su dieta? \_\_\_\_\_

16. ¿Quién realiza este tipo de modificaciones? \_\_\_\_\_

17. ¿Se reciben servicios de algún Patólogo del Habla? Sí  No

18. ¿Se recibe la visita de alguna Nutricionista? Sí  No

Si contestó Sí a la pregunta anterior, describa qué recomendaciones en cuanto a modificaciones de dieta reciben del Patólogo del Habla \_\_\_\_\_ y del Nutricionista \_\_\_\_\_.

19. ¿Cuántos envejecientes reciben ayuda al comer?

20. ¿Cuántos envejecientes comen de forma independiente?

21. ¿Algunos de los envejecientes de este centro necesitan ser alimentados reclinados como recomendación de un Patólogo del Habla-Lenguaje? ¿Cuántos?

22. ¿Cuántos envejecientes necesitan ser alimentados acostados como recomendación de un Patólogo del Habla-Lenguaje? ¿Cuántos?

23. ¿Cuál de las modificaciones piensa usted que es más efectiva para el envejeciente que tiene problemas al tragar durante el proceso de alimentación?

- a. Modificaciones de sólidos
- b. Modificaciones de líquidos
- c. Modificaciones de postura
- d. Ayuda al comer

24. ¿Qué tipos de modificaciones utiliza que no se haya mencionado anteriormente?

---

Nombre todas las modificaciones que usted ha utilizado en este centro y por qué razón o condición.

---



Ana G. Mendez University System  
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 03-391-12

Approval Date 03/18/13

Expiration Date 03/17/14

Signature MCSH

## Referencias

Carta de derechos de personas de edad avanzada Retrieved from:

<http://www.ramajudicial.pr/orientacion/imp-avanzada.html>

Castellanos, V.H., Buttler, E., Gluch, L., & Burke, B. (2004). Use of thickened liquids in skilled nursing facilities. *Journal of the American Dietetic Association, 104*, 1222-1226.

Censo 2010 Recuperado de:

<http://www2.pr.gov/agencias/oppte/Documents/Area%20estadistica/Perfil2010.pdf>

Colodny N. (2005). Dysphagic independent feeders' justifications for noncompliance with Recommendations by a speech-language pathologist. *American Journal of Speech Language Pathology, 14* (1), 61-70.

Coyle James L & Matthews Christine. (2010) A Dilemma in Dysphagia Management: Is Aspiration Pneumonia the Chicken or the Egg? *The Asha Leader*. Retrieved from: <http://www.asha.org/Publications/leader/2010/100518/Dysphagia-Management.htm>

Chao, Shirley Y. (2008). Practitioners' Opinions on Food and Nutrition Care Indicators in Assisted Living Facilities for Older Adults. *Journal of the American Dietetic Association, 108* (9), 1526-1531.

Chicasloreál. (2008, mayo 19). Los ancianos en Puerto Rico. Retrieved from

<http://retiroancianos.wordpress.com/2008/05/19/los-ancianos/>

Daniels, Stephanie K. (1997) Clinical Assessment of Swallowing and Prediction of Dysphagia Severity. *American Journal of Speech-Language Pathology, 6* (4), 17-24.

Diccionario Enciclopédico Vox 1 (2009). *Definición manejo*. Larousse Editorial, S.L.

Recuperado de: <http://es.thefreedictionary.com/manejo>

El cuidado de los ancianos: Generalidades.(n.d.) Recuperado de

- <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cda/generalidades.htm>
- Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Iñiguez, J. y Zamarrón, M.D. (1999) *Qué es la Psicología de la vejez?*.Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.
- García, Jane M.et al., (2005) Thickened Liquids: Practice Patterns of Speech- Language Pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14, 4-13.
- Gutierrez Bezón C., Jiménez Rojas C., Corregidor Sánchez A (2006). Tratado de Geriatria para residente. International Marketing&Communication,S.A. (M&C). (7) 89. Retrieved from: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>
- Heinss, Cynhia J. et al., (2010). Registered Dietitians and Speech-Language Pathologists: An Important Partnership in Dysphagia Management. *Journal of the American Dietetic Association*, 110,1290.
- Kvamme, Jan-Magnus et al., (2010) Risk of malnutrition and health-related quality of life in community- living elderly men and women: *The Tromso study*, 20, 575-582.
- Ley de la carta de derechos de la persona de edad avanzada. Ley Núm 121 de 12 de julio de 1986, P. 399. ( 2008, junio, 03).
- Recuperado de: <http://lexjuris.com/>
- Logemann, J.A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2<sup>nd</sup> ed.) Austin, TX:ProEd.
- Martin, Bonnie J. W. & Corlew Marilyn M. (1990) The Incidence of Communication Disorders in Dysphagic Patients. *American Speech-Language Association*, 55, 28-32.
- Maxwell,D. & Satake,E. (2006). Research and Sastistical Method in Communication Sciencies and Disorders.,252-254.

McCullough Gary et al., (2003) National Dysphagia Diet: What to Swallow? *The ASHA Leader*.

Retrieved from <http://www.asha.org/Publications/leader/2003/031104/f031104c.htm>

McCulloch, G.H., Palletier, C., Steele, C.M., & Sullivan, P. (2004, June). *Standardizing dysphagia diets: The national dysphagia diet and other considerations*. Telephone seminar at the American Speech-Language-Hearing Association, Rockville, MD.

Nicolosi, L., & Harryman E. (2004). *Terminology of Communication Disorders*, (pp108). Baltimore, MD.

Nicolosi, L., & Harryman E. (2004). *Terminology of Communication Disorders*, (pp289). Baltimore, MD.

Nutricia Advances Medical Nutrition (n.d.) *Dysphagia Management*. Recuperado de: <http://dysphagia.ie/index.php/dysphagia-management/articles>

O’Gara, J.A. (1990). Dietary adjustments and nutritional therapy during treatment for oral-pharyngeal dysphagia. *Dysphagia*,4, 209-212.

ONU.United Nations. *The world ageing situation. Exploring a new society for all ages*. New York: United Nations; 2001.

Palmer, Janice L., Metheny, Norma A. (2008). How to try this: Preventing aspiration in older adults with dysphagia. *American Journal of Nursing*, 108 (2), 40-48.

Pelletier, Cathy A. (2004). What Do Certified Nurse Assistants Actually Know About Dysphagia and Feeding Nursing Home Residents? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 99-113.

Penman, J.P., & Thomson, M. (1998). A review of the textured diets developed for the management of dysphagia. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 11, 51-60.

Perfil demografico de la poblacion de 60 años o más Puerto Rico (2010). Recuperado de:  
<http://www.censo2010.com>

Reguera A. (2008) Metodología de la Investigación Lingüística . Editorial Brujas

Rothemberg, Elisabet et al., (2007) Texture-modified meat and carrot products for elderly people with dysphagia: preference in relation to health and oral status. *Scandinavian Journal of Food and Nutrition*, 51 (4), 141-147.

Rovira A., (1997). Crecimiento y desarrollo humano. Río Piedras PR.

Tesis de investigadores.(lunes, 11 de abril de 2011). Incapacidad Funcional de Ancianos:

Intervención de Enfermería.

Retrieved from:

<http://tesisdeinvestigadores.blogspot.com/2011/04/incapacidad-funcional-en-ancianos.html>

Unintended Weight Loss (UWL) in Older Adults: Collaboration for Modified Texture diets.(n.d.)

Retrieved from:

[www.adaevidencelibrary.com/template.cfm?template=guide\\_summary&key=2099](http://www.adaevidencelibrary.com/template.cfm?template=guide_summary&key=2099)

Urritia Amable y Villarga García: Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos, en

Contribuciones a las Ciencias Sociales, marzo 2010. Retrieved from:

[www.eumed.net/rev/ccss/07/uavg.htm](http://www.eumed.net/rev/ccss/07/uavg.htm)