

**Caracterización de la percepción de la calidad de vida de los adultos
mayores institucionalizados con dificultades en el proceso de alimentación**

**Indira Vanessa Palomino Blandón
Jenny Paz Domínguez
Janeth Andrea Quintero Urresta
Juliana Ramos Chacón**

DIRECTORA TRABAJO DE GRADO

Rosa Virginia Mora Guerra

Universidad del Valle - Escuela de Rehabilitación Humana

Facultad de Salud

Programa académico de Fonoaudiología

Grupo de investigación: Grupo cátedra de Discapacidad y Rehabilitación

**Línea de investigación: Calidad de vida de las personas con discapacidad y
sus familias**

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

CONTENIDO DE TABLAS	4
CONTENIDO DE GRÁFICOS	6
CONTENIDO DE ANEXOS.....	7
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. MARCO REFERENCIAL	16
3.1 MARCO CONCEPTUAL	16
3.2 MARCO TEÓRICO.....	26
3.3 MARCO CONTEXTUAL	28
4. OBJETIVOS.....	31
4.1 OBJETIVO GENERAL	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS	32
5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
5.2 POBLACIÓN.....	32
5.3 PERIODO DE ESTUDIO	32
5.4 FUENTES DE INFORMACIÓN	33
5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
6.7 INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	35
5.8 VARIABLES.....	36
TABLA 1. CUADRO DE VARIABLES	38
5.9 FASES DEL ESTUDIO	41
6. RESULTADOS	46
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (SEXO, EDAD Y RÉGIMEN DE SALUD).....	46
TABLA 2. EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA DE LA CIUDAD DE CALI 2015-2016.....	46

6.2 DIFICULTADES EN LAS FASES DE LA ALIMENTACIÓN	47
6.3. PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LA ALIMENTACIÓN	49
6.3.1. DOMINIO 1- CONSECUENCIAS DE LA DISFAGIA	52
6.3.2. DOMINIO 2- SÍNTOMAS FÍSICOS	53
6.3.3. DOMINIO 3. ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN EN LA DIETA Y ALIMENTACIÓN.....	56
6.3.4. DOMINIO 4. ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN	57
6.3.5. DOMINIO 5. MIEDO AL ALIMENTARSE	58
6.3.6. DOMINIO 6. SALUD MENTAL	60
6.3.7. DOMINIO 7. FUNCIONAMIENTO SOCIAL	61
6.3.8. DOMINIO 8: SUEÑO - FATIGA	62
6.4 PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL TIPO DE ALTERACIÓN EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ALIMENTACIÓN.....	64
6.4.1. PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LOS DOMINIOS DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL TIPO DE ALTERACIÓN EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ALIMENTACIÓN.....	65
7. DISCUSIÓN.....	68
8. CONCLUSIONES.....	74
9. RECOMENDACIONES.....	76
10. ANEXOS	77
11. BIBLIOGRAFÍA.....	94

CONTENIDO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables a evaluar.....	39
Tabla 2. Edad de los adultos mayores institucionalizados.	46
Tabla 3. Alteraciones en la fase anticipatoria de los adultos mayores institucionalizados	48
Tabla 4. Alteraciones en la fase preparatoria de los adultos mayores institucionalizados	48
Tabla 5. Alteraciones en la fase oral de los adultos mayores institucionalizados.....	49
Tabla 6. Alteraciones en la fase faríngea de los adultos mayores institucionalizados.....	49
Tabla 7. Calificación global del cuestionario SWAL-QoL de los adultos mayores institucionalizados.....	50
Tabla 8. Calificación dominios test SWAL-QOL en un grupo de los adultos mayores institucionalizados.....	51
Tabla 9. Dominio 1. Calificación de la percepción de calidad de vida de las consecuencias de la Disfagia en los adultos mayores institucionalizado.....	52
Tabla 10. Dominio 2. Síntomas físicos de los problemas de alimentación de los adultos mayores institucionalizados	54
Tabla 11. Dominio 4. Alteraciones en la comunicación los adultos mayores institucionalizados	57
Tabla 12. Dominio 5. Miedo al Alimentarse de los adultos mayores institucionalizados.....	59
Tabla 13. Dominio 6. Salud mental de los adultos mayores institucionalizados	60
Tabla 14. Dominio 7. Funcionamiento Social de los adultos mayores institucionalizado.....	61
Tabla 15. Dominio 8. Sueño – Fatiga de los adultos mayores institucionalizados	63

Tabla 16. Calificación de la percepción de calidad de vida de acuerdo a la fase preparatoria de la deglución de los adultos mayores institucionalizado.....64

Tabla 17. Calificación de la percepción de calidad de vida de acuerdo a la fase oral de la deglución de los adultos mayores institucionalizados65

Tabla 18. Nivel de percepción de calidad de vida de los adultos mayores con desordenes en la fase preparatoria institucionalizados65

Tabla 19. Nivel de percepción de calidad de vida de los adultos mayores con desordenes en la fase oral institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.....66

CONTENIDO DE GRÁFICOS

	Pág.
No se encontraron elementos de tabla de contenido.	
Gráfico 11. Dominio 5. Miedo al alimentarse de los adultos mayores institucionalizados.....	59
Gráfico 12. Dominio 6. Salud mental de los adultos mayores institucionalizados.....	61
Gráfico 13. Dominio 7. Funcionamiento Social de los adultos mayores institucionalizados.....	62
Gráfico 14. Dominio 8.1. Calificación General del sueño – fatiga de los adultos mayores institucionalizados.....	63

CONTENIDO DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado para los adultos mayores institucionalizados.....	75
Anexo 2. Rejilla de registro de información de la historia clínica de los adultos mayores institucionalizados.....	78
Anexo 3. Cuestionario de percepción de calidad de vida en la alimentación SWAL- QoL.....	80
Anexo 4. Carta dirigida al hospital geriátrico y ancianato san miguel e.s.e solicitando autorización para desarrollar trabajo de grado.....	87
Anexo 5. Carta del hospital geriátrico y ancianato san miguel e.s.e de autorización para desarrollar trabajo de grado.....	88
Anexo 6. Carta de aprobación del CIREH.....	89
Anexo 7. Carta de aprobación del director del trabajo de grado.....	93

Título: Caracterización de la percepción de la calidad de vida de los adultos institucionalizados con dificultades en el proceso de alimentación.

Resumen: Durante el envejecimiento ocurren un conjunto de cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales que; junto con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, pueden traer como consecuencia alteraciones o modificaciones en el proceso de ingestión de alimentos y la deglución; esto a su vez, puede provocar alteraciones nutricionales, respiratorias y afectar el nivel de calidad de vida.

Objetivo: Describir la percepción de calidad de vida en la alimentación de los adultos mayores institucionalizados que presentan alteraciones en el proceso de ingestión de alimentos y disfagia residentes de una institución geriátrica de la Ciudad de Cali en el periodo 2015-2016, con el fin de determinar cómo las dificultades de alimentación influyen en la percepción de la calidad de vida que tiene esta población. **Metodología:** Estudio cuantitativo, de orden descriptivo con corte transversal; en el que se recolectó información por medio de la aplicación del cuestionario Swallowing Quality of Life Scale (SWAL-QOL) traducido y adaptado por Zaldibar, Artieda, Zaldibar, Pinedo, Erazo y Tejada y la revisión de historias clínicas. Posteriormente, se realizó la cuantificación de los datos encontrados y su correspondiente análisis. La muestra se seleccionó a conveniencia, con la participaron total de 30 sujetos. **Resultados:** El promedio de edad de los adultos mayores fue de 82 años con una Desviación estándar de ± 11 años, contando con la participación de 66.7% población masculina y 33.3% femenina. Al relacionar la percepción de calidad de vida con las alteraciones en la alimentación se obtuvo que, de los 30 adultos mayores, 21 (70%) la percibían como “Buena”; 4 (13,3%) personas percibían una calidad de vida “Regular” y 5 (16,7%) indicaron percibir su calidad de vida como “Pobre”. **Conclusión:** La autopercepción de la calidad de vida ofrece una visión importante sobre el impacto que tienen determinadas alteraciones sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras claves: Adulto mayor, calidad de vida, alimentación, disfagia.

Title: Characterization of the perception of the quality of life of institutionalized adults with difficulties in the supply process.

Abstract: During aging occur a set of anatomical, physiological and functional changes; along with the development of chronic non-communicable diseases can bring following alterations or modifications in the process of ingesting food and swallowing; this in turn can cause nutritional, respiratory disorders and affect the quality of life. **Objective:** To describe the perception of quality of life of institutionalized elderly presenting alterations in food intake process and dysphagia residents of a geriatric institution of the city of Cali in the period 2015-2016, in order to determine how feeding difficulties influence the perception of quality of life that has this population. **Methodology:** Quantitative study of descriptive order; in which information was collected through the questionnaire application Swallowing Quality of Life Scale (SWAL-QOL) translated and adapted by Zaldibar, Artieda, Zaldibar, Pinedo, Erazo and Tejada and review of medical records. Subsequently, the quantization of the data found and its corresponding analysis. The sample was selected for convenience, with total of 30 subjects participated. **Results:** The average age of Adults over 82 years was with a Standard Deviation of +/- 11 years, with the participation of 66.7 % male and female population of 33.3 %. By linking the perception of Quality of Life Alterations in Food that was obtained, 30 Major, 21 adults (70 %) perceived it as "Good"; 4 (13.3%) Persons perceived quality "regular" Life and 5 (16.7 %) indicated perceive their quality of life as "poor". **Conclusion:** The perception of Quality of Life offers important insights into the impact of certain alterations on the Quality of Life of Older Adults.

Key words: Elderly, quality of life, nutrition, dysphagia.

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores se encuentra en crecimiento, y con ello se han producido cambios en las pirámides generacionales de los países, a partir de los datos reportados por la Organización Mundial de la Salud se conoce que aproximadamente el 7% de la población cuenta con más de 65 años de edad(1). A nivel nacional, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) ha indicado que la población mayor de 65 años en un siglo pasó de 4,6% a representar el 6,3%, lo que equivale a 2'617.240 de personas se encuentren en este rango de edad(2).

A su vez, el envejecimiento de la población incrementa la posibilidad de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), éstas pueden presentarse de manera simultánea y generar alteraciones a nivel sensorial, demencias, incontinencias, inestabilidad, falta de movilidad, estados de malnutrición, aislamiento y depresión(3). En este sentido, estas enfermedades se han establecido como prioritarias en el sector de la salud; por tanto, es necesario identificarlas y prevenirlas debido a los altos costos que genera para el sistema de salud y por las implicaciones que pueden generar en las personas en cuanto al grado de independencia y autonomía(4).

De igual forma, en esta etapa de la vida se presentan cambios anatomofisiológicos que afectan el proceso de alimentación, ocasionando retardo en el desencadenamiento del reflejo deglutorio, edentulismo, pérdida de la fuerza de los músculos que participan en la masticación, entre otros(5). Tales cambios y ECNT también inciden en la calidad de vida de las personas adultas mayores, pues se asocian de manera directa con la presencia de discapacidad; pues las alteraciones en el proceso de ingestión de alimentos y disfagia se presentan de manera consistente en los hogares de adultos mayores, ya que cerca del 40% de las personas presentan disfagia y entre el 50% y 75% presentan alguna dificultad en la alimentación(6). Dicho trastorno altera aspectos de la vida como la reducción de la salud, la autoestima y la comunicación. En efecto, la disfagia se considera como un factor desencadenante de discapacidad que afecta la calidad de vida de las personas que la presentan(7).

En este orden de ideas, es necesario investigar y ampliar el panorama respecto a las alteraciones ocurridas en la calidad de vida como consecuencia de las dificultades en la alimentación, por ello a continuación se presenta una propuesta de investigación cuyo propósito consiste en describir la percepción de calidad de vida en la alimentación de los adultos mayores institucionalizados que presentan alteraciones en el proceso de ingestión de alimentos y disfagia, y que residen en una institución geriátrica de la Ciudad de Cali.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha evidenciado un crecimiento de la población de adultos mayores, lo que ha generado cambios en la pirámide poblacional de los países. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor del 7 % de la población mundial es mayor de 65 años de edad. En los países desarrollados este porcentaje se incrementa llegando a representar el 15% de los habitantes, adicionalmente se espera que este porcentaje aumente(1). A nivel nacional, según los datos reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población mayor de 65 años pasó en un siglo del 4,6% a representar el 6,3%, lo que equivale a que 2'617.240 de colombianos se encuentran dentro de esta etapa de adultez(2).

En la mayoría de países de América Latina, por ejemplo en Colombia, los cambios demográficos, sociales y económicos generaron modificaciones en el perfil epidemiológico, debido a que, a medida que la población envejece aumenta la probabilidad de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tales como: alteraciones cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus, padecimientos renales relacionados con la hipertensión, entre otras(8). Dichas patologías en ocasiones se presentan de manera múltiple en una misma persona pudiendo generar déficits sensoriales, demencias, incontinencias, inestabilidad o caídas, falta de movilidad, estados de malnutrición, aislamiento y depresión(3). En consecuencia, éstas enfermedades se han establecido como prioridad en el área de salud, considerándose importante identificarlas, conocerlas y prevenirlas, no sólo por los costos que representan para el sistema de salud, sino también por las implicaciones que tienen en cuanto al grado de independencia y autonomía de las personas en las actividades de la vida diaria, las cuales se dificultan a causa de las complicaciones y secuelas de la enfermedad(4).

Teniendo en cuenta lo anterior, las ECNT junto a los cambios anatomofisiológicos presentados durante esta etapa producen un alto grado de discapacidad, dependencia y deterioro significativo de la calidad de vida de los adultos mayores, puesto que originan una pérdida funcional en la vida diaria, asociándose de forma directa con presencia de discapacidad. Esto se debe a que las personas que las padecen presentan dificultades para realizar las actividades básicas, haciendo énfasis en el proceso de alimentación, en el que se evidencia una disminución funcional ocasionando una dependencia y pérdida de su componente social y emocional(3). Dentro de los cambios anatomofisiológicos que afectan la alimentación se encuentran: retardo en el desencadenamiento del reflejo deglutorio, pérdidas de piezas dentarias, xerostomía, uso de prótesis, edentulismo, disminución de fuerza de los músculos masticatorios, entre otros; ocasionando alteraciones o dificultades en la preparación del bolo, limitando el corte, trituración y molienda de los alimentos y el desplazamiento de éstos a las superficies oclusales de los dientes(5). También se identifican cambios en la disminución del gusto y el olfato, lo que impide el inicio de dicho proceso, dado que estos sentidos ayudan a determinar la actividad. Todos estos cambios, contribuyen en el aumento

del riesgo de desnutrición o malnutrición e infecciones respiratorias causadas por aspiraciones, desencadenando incrementos de morbilidad y mortalidad.

En la población adulta mayor se puede encontrar que cerca de un 45% de las personas mayores de 75 años presentan síntomas de disfagia, entendiendo este síntoma como dificultad para tragar, alimentos atorados en la vía digestiva alta, entre otros(9). Dichos síntomas se consideran uno de los problemas más frecuentes en los hogares de ancianos, donde se evidenció que el 40% de las personas en los centros de atención permanente presentan disfagia y entre el 50% y el 75% de los residentes en dichos lugares tienen alguna dificultad en la alimentación(6).

En investigaciones se ha reportado que comer y beber son necesidades básicas del hombre, por consiguiente, los problemas para tragar (disfagia), tienen consecuencias graves para la calidad de vida de los pacientes(10). En estudios clínicos dirigidos a evaluar el impacto de diferentes enfermedades en la salud y en la calidad de vida de los pacientes mayores, se investigó si la disfagia esofágica podría ser descrita como un factor desencadenante de discapacidad debido a la gravedad de las alteraciones para comer, demostrando que ésta afecta a todos los aspectos de la vida, mediante la reducción de la salud, la autoestima, la seguridad, la comunicación, la capacidad de trabajo, el ejercicio, y el tiempo de ocio. En consecuencia, la disfagia fue considerada como un factor desencadenante de discapacidad que afecta la calidad de vida(7).

La disfagia incide en las actividades básicas y las relaciones sociales debido a lo mencionado anteriormente en los estudios, por lo tanto, se espera que una persona que presente dicho evento perciba que su calidad de vida ha sido afectada. En Chile, se han realizado algunos estudios en los que se resalta la importancia de describir el impacto que tienen las dificultades del proceso de alimentación en la calidad de vida de la población adulta mayor para dar un aporte al proceso de diagnóstico y tratamiento(11), (12).

Durante la búsqueda bibliográfica, se encontró que en la actualidad existen estudios realizados en México y Chile (13)(14) que se han enfocado en la influencia de los cambios anatomofisiológicos en el proceso de alimentación y en el estado nutricional, limitándose a identificar síntomas y conductas características que presenta la persona afectada por un trastorno alimentario. Sin embargo, aquellos que han recolectado información sobre el impacto que afecta la calidad de vida(11)(12), abordan poblaciones que cuentan con un diagnóstico de base como Alzheimer, Esclerosis lateral amiotrófica ELA, Parkinson, Accidente Cerebrovascular ACV, cáncer de cabeza y cuello, entre otras; excluyendo a los adultos mayores que no las padecen y que se encuentran institucionalizados. Por ello, al tomar en consideración los pocos estudios que investigan la calidad de vida relacionada con el proceso de alimentación de esta población y el impacto sobre el bienestar físico, emocional y social, así como la participación en el contexto (15), se hace necesario e importante llevar a cabo una caracterización de la percepción de la calidad de vida respecto a las dificultades de alimentación que se presentan,

dado que en Colombia no se han realizado estudios que permitan direccionar el tratamiento y las políticas enfocadas en este grupo poblacional(16).

Para conocer e investigar sobre la percepción de calidad de vida, es necesario comprender que ésta se define como: “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros”(17). Al integrar la percepción de la calidad de vida con dichos aspectos, se encuentra una relación directa entre la afectación o consecuencias que desencadenan las alteraciones en el proceso de alimentación y el deterioro de ésta en la población adulta mayor(18).

Por tanto, la presente investigación tiene como objetivo responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción de calidad de vida de los adultos mayores que presentan dificultades en el proceso de alimentación y se encuentran institucionalizados en un hogar geriátrico de la ciudad de Cali en el periodo- 2015-2016?

2. JUSTIFICACIÓN

Diversos factores como la edad afectan el estado nutricional de las personas y sus patrones de alimentación, estos a su vez influyen en el proceso de envejecimiento y probablemente en la calidad de vida. La disminución de la calidad de vida en las personas mayores se debe a diversos aspectos, tales como la pérdida del gusto o el olfato, cambios en los hábitos alimenticios, variaciones en la ingesta de alimentos, reducción en la masa muscular e incluso por disminución de la función fisiológica y del metabolismo(19). El proceso de ingesta de alimentos se desarrolla en un contexto social y cultural por lo que al presentarse una dificultad en dicho proceso, la persona puede experimentar diferentes cambios emocionales y comportamentales, como limitación en la participación de eventos sociales y familiares, sentimientos de rechazo, vergüenza, incomodidad para comer, baja autoestima, depresión, entre otras(20).

Dentro de un contexto social, la calidad de vida de las personas adultas mayores se relaciona con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que permitan el autocuidado y participación en la vida familiar y social de manera plena(21). Por tanto, si existen alteraciones en la alimentación, actividad que juega un rol importante en la sociedad, se afectará evidentemente la calidad de vida de esta población(18). Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano en el año 2005 indicó que la población anciana estaba en riesgo de sufrir malnutrición, exponiendo que en algunos países de América latina casi la mitad de los ancianos institucionalizados presentaron esta dificultad(22).

Al realizar un estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, se debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo, ya que, con esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado. Además de resaltar la importancia de contar con el apoyo social, siendo éste un conjunto de ayudas emocionales e instrumentales proporcionadas al anciano por parte de otras personas, vinculándolo con las relaciones sociales que se establezcan en el contexto, para con ello obtener efectos positivos en su calidad de vida(23).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesaria la caracterización de la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que presentan dificultades en el proceso de alimentación, siendo éste un grupo etario que aumenta cada vez más. De igual manera resaltar que aquellos síntomas o cambios anatomofisiológicos que se experimentan con el aumento de la edad, como factores relacionados con el olfato, tacto, gusto y visión contribuyen en el proceso de alimentación y de forma directa con su desempeño y participación social, ya sea aminorando o favoreciendo su calidad de vida(24).

Es por ello que la presente investigación proporcionará información sobre un aspecto social relacionado con el proceso de alimentación poco abordado en la

población adulta mayor, con el propósito de reconocer el rol del fonoaudiólogo en la rehabilitación de los problemas de alimentación, así como priorizar la atención de acuerdo a las necesidades que perciban los usuarios, brindando aportes desde su quehacer que les permitan a terapeutas, cuidadores y/o familiares y adultos mayores del hospital reconocer la importancia de la percepción del sujeto frente a sus dificultades en el proceso alimenticio, sus expectativas y sus necesidades más inmediatas para a partir de ello, priorizar la intervención a partir de objetivos a corto, mediano y largo plazo que puedan mejorar su calidad de vida desde su propia perspectiva.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO CONCEPTUAL

3.1.1 Envejecimiento

El envejecimiento puede definirse como un conjunto de cambios anatómicos y fisiológicos, reduciendo la reserva fisiológica y la capacidad funcional a través del tiempo. Aunque las funciones cotidianas son aparentemente desarrolladas con normalidad, la capacidad de adaptarse a diferentes situaciones disminuye marcadamente en la vejez(25). Esta etapa debe ser entendida como una fase más del ciclo vital del ser humano, con unas características únicas, que se presentan de forma progresiva, de acuerdo a los factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado la vida(26).

Esta etapa está caracterizada por la disminución de las capacidades físicas, sensoriales y motrices, lo que genera cambios en la composición corporal (disminución de la masa muscular), cambios sensoriales (gusto, olfato, vista, audición, temperatura), cambios en el sistema gastrointestinal, cambios metabólicos, neurológicos, cardiovasculares, renales y del sistema inmune. También se encuentra disminución en la actividad física, presencia de enfermedades, discapacidad y medicación constante, además paralelamente existen factores psicosociales (abandono de la actividad laboral, hábitos alimenticios poco saludables, monotonía en la dieta, omisión de comidas, pobreza, soledad, dependencia, depresión y ansiedad) que inciden sobre esta etapa(27).

En la medida que las personas envejecen, tiende a haber un crecimiento de la presencia y la cantidad de enfermedades crónicas, los cambios biológicos que sufren las personas mayores las hace más susceptibles a desarrollar enfermedades coronarias y cerebrovasculares entre otras(28). Se evidencian igualmente alteraciones a nivel neuropsicológico; como deterioro cognitivo, pérdida de la memoria inmediata y el razonamiento, estas variaciones también dependen de la salud en general (física y psicológica), estilo de vida de la persona, y factores institucionales, ambientales, hereditarios entre otros(29)

3.1.1.1 Cambios en el envejecimiento

En todos los sistemas del cuerpo humano se observan signos de envejecimiento, específicamente en el aparato digestivo se verán alteradas las diferentes estructuras que lo componen:

En la cavidad oral, se encuentra disminución de la capacidad para generar saliva, no se reduce hasta aproximadamente los 60 años, evidenciándose más en las mujeres después de la menopausia, los cambios que se producen se pueden

deber a atrofia de los ácinos glandulares, causando alteraciones como la “boca seca” o xerostomía(30).

Al mismo tiempo, la musculatura masticatoria pierde fuerza y eficacia en un 20% ya que, el tejido muscular se atrofia lentamente manifestándose en un descenso progresivo de la capacidad del trabajo muscular. En relación a la lengua se puede encontrar reducción del epitelio y atrofia de papilas gustativas, se produce con frecuencia una hipertrofia como resultado de que la lengua asume parte de la función masticatoria y fonética por falta de piezas dentales. En los labios es muy común la queilitis comisural y boca de “tabaco” relacionada por deficiencias de vitaminas del complejo B y deshidratación(5).

La articulación temporomandibular se vuelve más susceptible a cambios degenerativos; aplanamiento de la superficie articular que se acompaña de una reducción del tamaño del cóndilo mandibular, con la producción de mayor laxitud en los movimientos articulares. El disco articular tiende a perforarse con la edad, lo que supone un trastorno por el desgaste natural(30).

El uso de la dentadura por tantos años ocasiona un desgaste natural conocido como “atrición” desgaste fisiológico de los tejidos dentales, donde los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color como consecuencia del proceso masticatorio; sumado a esto, las caries y enfermedades periodontales generan pérdida de piezas dentarias(31). Un estudio reportó que la mayoría de los participantes utilizaban prótesis (66.1%) de tipo parcial, total o ambas, sólo un número reducido dijo no requerirla (12. 2%) y el 21% la necesitaba pero no la usaba(32).

En relación a la faringe se observa descenso en el número de fibras musculares tanto lisas como esqueléticas, las restantes experimentan hipertrofia(33). En la laringe los cambios son consecuencia del deterioro que se produce en los músculos, cartílagos, articulaciones, ligamentos y mucosa laríngea. El envejecimiento causa que la parte cartilaginosa del pliegue vocal esté relativamente reducida, mientras que la porción ligamentosa y muscular se extiende a los dos tercios anteriores de la glotis. Estas modificaciones funcionales y orgánicas conllevan un cierre glótico incompleto debido a la atrofia muscular(34).

En el esófago ocurren cambios anatomohistológicos con la edad como la reducción en la masa muscular y aumento del diámetro por hipertrofia muscular. Así como los cambios neuronales, tales como la disminución de neuronas en el plexo mientérico causando una disminución de la presión del esfínter esofágico superior (EES) y de la relajación, en relación a la contracción de la faringe(35).

En el estómago, los principales cambios comprenden: trastornos de la motilidad, que produce retraso en el vaciamiento de los alimentos líquidos, disminución de la secreción gástrica, atrofia de la mucosa y disminución de la cuantía de ácido clorhídrico y pepsina. En el envejecimiento el intestino se ve reducido de forma

progresiva, tanto en el peso como en la cantidad de mucosa. La modificación de la función motora produce un enlentecimiento del tránsito intestinal(36).

3.1.2 Ingestión de alimentos

La ingestión de alimentos al considerarse un proceso fundamental para la subsistencia humana, se define como el conjunto de actos que garantizan el paso de alimentos sólidos y/o líquidos desde la boca hasta el estómago, atravesando la faringe y el esófago, implicando una secuencia de acontecimientos en los que unos esfínteres funcionales se abren para permitir tal progresión del bolo y se cierran tras su paso para impedir falsas rutas y proteger la vía aérea(37).

Este proceso neuromuscular se efectúa de manera rápida y compleja dentro de la cavidad bucal, faríngea y laríngea, teniendo como objetivo el aplicar presión a los alimentos y propulsarlos desde la boca hacia el esófago. Para Furkim la deglución es definida como un proceso sinérgico compuesto por fases intrínsecamente relacionadas, secuenciales y armónicas, divididas en fase anticipatoria, fase oral, fase faríngea y fase esofágica, siendo a la vez una actividad fisiológica compleja(38).

3.1.2.1 Fases en el proceso de ingestión de alimentos

La fase anticipatoria corresponde a una etapa cognitiva del mecanismo de la deglución, ocurre anteriormente al acto de deglutir y se considera la primera fase por ser aquí donde empieza la organización del individuo para alimentarse, envolviendo una serie de actos como son la elección del alimento, posición al momento de comer, cómo se administrará el alimento y el ambiente que lo rodea, creándose un contexto específico para la deglución. Es así como la alimentación se torna un acto placentero que envuelve una serie de sentidos; la elección del alimento debe ser acorde a las preferencias individuales de las personas basadas en los distintos colores, formas, texturas y consistencias de los alimentos; por lo tanto, el alimento escogido da información sobre cómo ha de ser digerido; un alimento sólido infiere la necesidad de masticación, mientras que con un alimento líquido la masticación no es necesaria(38).

La fase preparatoria ocurre cuando los alimentos llevados a la boca son cortados, desgarrados y triturados por los dientes, con la participación de los músculos masticadores y la suficiente apertura bucal al momento de depositar los alimentos en la boca, mientras los labios ayudan a contener los alimentos actuando como un esfínter bucal evitando fugas. La lengua permite llevar el alimento a los dientes, donde solo los residuos suficientemente apropiados se juntan y mezclan con la saliva, asegurando la formación del bolo alimenticio que se va a deglutir(38).

En la fase oral el bolo alimenticio es empujado por la elevación del ápex lingual y la propulsión anteroposterior, los labios se aproximan y los músculos: temporal, masetero y pterigoideo lo colocan en oclusión central. Luego, el alimento alcanza el istmo de las fauces, donde se desencadena el reflejo de deglución, el cual induce una serie de actos coordinados que protegen las vías respiratorias y

aseguran la progresión del bolo alimenticio, tornando la deglución en un acto involuntario a medida que progresa el alimento a la faringe(39).

La fase Faríngea es un proceso automático y reflejo que comienza con el desencadenamiento del reflejo de deglución, provocado por el paso del bolo a través del arco palatino anterior, parte posterior o base de la lengua, y continúa hasta la región cricofaríngea(40). El tiempo normal de tránsito faríngeo es de máximo de 1 segundo, independientemente de la edad del paciente o material ingerido, aunque para degluciones de menor volumen, el tiempo de tránsito faríngeo es de aproximadamente 0.32 segundos y aumenta a medida que el volumen se incrementa(41).

La fase esofágica de la deglución inicia con el paso del bolo alimenticio al esófago. En esta fase participan las válvulas esofágicas superior e inferior, el peristaltismo esofágico propulsa el alimento hacia el estómago, dándose inicio al proceso de la digestión. Esta etapa es la que tiene mayor duración la cual varía de 8 a 20 segundos(42).

3.1.3 Alteraciones en el proceso de ingestión de alimentos

El proceso de envejecimiento humano implica el envejecimiento y deterioro de las estructuras implicadas en la deglución afectando las fases de la misma, siendo clínicamente más visibles y manifiestas las alteraciones de la fase oral. Algunos estudios indican que los cambios en la deglución se deben principalmente por modificaciones en la dentición, salivación, pérdida del hueso alveolar, movimiento de vía oral débil, disminución de la sensibilidad, modificaciones en el patrón respiratorio y disminución del tono muscular del esfínter esofágico(43). La alimentación se caracteriza por mostrar una mayor duración en los tiempos de deglución, y la realización de movimientos innecesarios e inusuales(5).

El objetivo de la deglución es la nutrición del individuo, presentando dos características importantes: la eficacia de la deglución permitiendo la ingestión de alimentos necesarios para mantener una adecuada nutrición y, la seguridad de la deglución, que es la posibilidad de ingerir alimentos sin que se produzcan complicaciones respiratorias(44).

3.1.3.1 Presbifagia

La presbifagia se refiere a los cambios en la alimentación y deglución propios de la vejez que se consideran naturales en el proceso de envejecimiento. La presbifagia se conoce también como las estrategias compensatorias autoaprendidas con la edad que enmascaran la fisiología normal de la deglución y que afectan el desencadenamiento del reflejo(15). Por tanto, la presbifagia hace al adulto mayor más vulnerable a desarrollar una alteración en la deglución que al resto de la población(45).

Al envejecer las funciones sensoriomotoras en general comienzan a deteriorarse, junto con la disminución de las velocidades reflejas y de las percepciones sensoriales. En cuanto a la musculatura, el tamaño de la unidad motora se reduce considerablemente, por eso la capacidad contráctil pierde su eficiencia(45). Lo anterior ocurre a nivel general, sin embargo, esto involucra a muchas estructuras relacionadas directamente con la deglución, las cuales ya fueron descritas con anterioridad.

3.1.3.2 Disfagia

La disfagia se conoce como una “sensación de dificultad en el avance de la comida desde la boca al estómago” dada por una alteración al tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos en cualquiera de las fases de la deglución(46).

La disfagia es un síntoma altamente prevalente, que puede deberse a alteraciones tanto estructurales como funcionales, y localizarse a nivel orofaríngeo o esofágico. La disfagia orofaríngea puede causar desnutrición hasta en 1/3 de los pacientes que la padecen, como consecuencia de alteraciones en la eficacia del transporte del bolo, y ocasionar alteraciones en la seguridad de la deglución (penetraciones y aspiraciones) hasta en 2/3 de los pacientes que la presentan, con un elevado riesgo de neumonías por aspiración e infecciones respiratorias. Se estima una prevalencia de 16 a 22% entre los individuos de más de 50 años(47) en los ancianos institucionalizados, su prevalencia puede oscilar entre un 30% y un 60%, con grados de severidad variables que pueden llegar a hacer necesaria una alimentación no-oral, relacionándose con mayor discapacidad(44).

3.1.3.2.1 Clasificación de la disfagia

La disfagia puede clasificarse según el Grado, para ello se establece lo siguiente(47):

Normal: masticación y deglución segura, eficiente en todas las consistencias de los alimentos.

Leve: masticación y deglución eficiente en la mayoría de los alimentos. Ocasionalmente puede presentar dificultad. Requiere del uso de técnicas específicas para lograr una deglución satisfactoria.

Moderada: deglución aceptable con dieta blanda, pero puede tener dificultad con líquidos y sólidos. Requiere supervisión y tratamiento.

Moderada severa: paciente cuya ingesta oral no es exitosa. Requiere supervisión constante y asistencia. Sólo puede alimentarse con terapeuta.

Severa: la nutrición del paciente es por método alternativo. No ingiere alimento por vía oral.

De igual manera la disfagia puede clasificarse según la fase afectada(44):

Disfagia de fase preparatoria: se caracteriza por la dificultad en tomar alimentos y poder formar un bolo. Algunos de los desórdenes que se pueden presentar en esta fase son(41):

- Cierre labial reducido, lo cual permite que la comida o el líquido caigan de la boca.
- Movimientos reducidos de la lengua para formar y retener el bolo, si los movimientos de la lengua son insuficientes en este punto de preparación para la deglución, se puede generar la dispersión del bolo por toda la cavidad oral y puede caer tanto lejos como cerca de la vía aérea. Como la vía aérea aún no está cerrada porque el reflejo de deglución no ha sido desencadenado puede resultar una aspiración a través de las cuerdas vocales. Este es un gran problema con los líquidos, dado que un bolo líquido puede extenderse por toda la cavidad oral, caer sobre la base de la lengua y ser parcialmente aspirado.
- Mantenimiento anormal de la posición del bolo, la posición normal del bolo antes de iniciar la deglución es entre el frente y la porción central de la lengua y el frente del paladar medio. Ocasionalmente el bolo se retendrá anormalmente, en una posición más anterior, frente al incisivo central.
- Sensibilidad oral reducida, el material del bolo puede alojarse en las áreas de sensibilidad reducida que no pueden ser sentidas por el paciente y puede caer sobre la base de la lengua y dentro de la vía aérea antes del inicio de la deglución voluntaria.

Desórdenes en la fase de preparación de la deglución pueden dar como resultado la aspiración del material a vía aérea antes de que se dé inicio a la deglución.

Disfagia de fase oral: la dificultad se presenta en controlar el bolo alimenticio y lograr la propulsión del mismo. Desórdenes de la movilidad pueden ocurrir durante la fase oral de la deglución, lo que causa una dilatación en el tránsito oral.

- Empuje de la lengua, la lengua inicia la deglución con movimientos anteriores y una acción coordinada posterior pareja. Pacientes con daño neurológico y/o cierre labial reducido, pueden expeler la comida fuera de la boca durante el empuje.
- Elevación reducida de la lengua, cuando la elevación de la lengua (lengua-hacia-paladar) está restringida, el bolo no puede ser movido a la velocidad normal a través de la cavidad oral y la presión durante la deglución es cambiada y el material tiende a permanecer en el frente de la boca, en la lengua, o colectarse a lo largo de la bóveda palatina. Este problema

empeora con consistencias gruesas. Como el paciente se esfuerza para mover el bolo posteriormente, entonces se incrementa la oportunidad de perder el control y que algo del material caiga sobre la base de la lengua y dentro de la faringe en pequeñas cantidades.

- Reducción y desorganización del movimiento de la lengua anterior hacia posterior, la reducción y desorganización de los movimientos de la lengua anterior hacia posterior durante la deglución retarda los movimientos del bolo y en muchos casos causa un incremento de la colección del material en el surco lateral. Produciendo también bombeo de la lengua con movimientos incompletos de el bolo a través de la cavidad oral como desorganización de los movimientos anterior hacia posterior.
- Reducción de la tensión bucal, durante el transito oral la reducción de la tensión bucal puede dar como resultado la caída del material dentro del sulcus lateral, o un movimiento posterior del bolo.

Disfagia de fase faríngea: la dificultad está en lograr el vaciamiento faríngeo. Dos problemas pueden ocurrir con el reflejo de deglución en sí.

- Retraso en el reflejo de deglución, si el reflejo de deglución no es disparado cuando el bolo alcanza las fauces, este bolo cae sobre la base de la lengua acumulándose en las valléculas (el área entre la base de la lengua y la epiglotis). La demora prolongada en el desencadenamiento del reflejo, es proporcional a la oportunidad que el paciente tiene de aspirar parte del bolo. La aspiración puede ocurrir durante este espacio de espera por que el reflejo no es desencadenado y la vía aérea está abierta. Cualquier material que es colectado en valléculas puede derramarse fuera (especialmente en el caso de líquidos) y caer dentro de la vía aérea abierta.
- Reflejo de deglución ausente, el material del bolo puede permanecer en valléculas, mientras en un segundo y tercer ensayo ocurre la deglución. Cuando las valléculas se ocupan se derramará el material y, si el reflejo está enteramente ausente, este exceso de material caerá dentro de la vía aérea.
- Inadecuado cierre velofaríngeo, algunos pacientes con daño neurológico, presentan un cierre velofaríngeo inadecuado, mientras otros tienen una sincronización incorrecta de los movimientos velares así que el cierre velofaríngeo es completo pero muy lento para completar la oclusión cuando el bolo pasa, permitiendo la entrada de material dentro de la cavidad nasal causando regurgitación nasal.
- Reducción de la peristalsis faríngea, cuando esto ocurre, no hay un paso total del bolo por la faringe y algunos residuos del material quedan en valléculas. Este desorden es fácil de distinguir por un retardo en el reflejo

de deglución. Si el residuo es excesivo puede caer dentro de la vía aérea después de la deglución.

- Elevación laríngea reducida, si la elevación de la laringe es reducida debido a una parálisis de los músculos o por resección quirúrgica, el material del bolo puede caer en la laringe a medida que pasa a través de la faringe, y, a menos que la peristalsis faríngea este completamente normal, algún material puede pasar a vía aérea después de la deglución.
- El cierre laríngeo reducido, para prevenir la aspiración de material dentro de la tráquea durante la deglución normalmente ocurre en tres momentos: el pliegue epiglótico y los ariepiglóticos, las cuerdas vocales falsas y las verdaderas cuerdas vocales. Si el cierre laríngeo se reduce debido a un daño neurológico o quirúrgico, la protección de la vía aérea puede comprometerse.

Disfagia de fase esofágica: se caracteriza por la disminución del peristaltismo esofágico. Es posible tener más de una etapa deglutoria afectada.

- Relajación cricofaríngea, si el cricofaríngeo está muy relajado, el bolo de material que ha entrado en el esófago cervical puede sufrir reflujo o retornar a través del cricofaríngeo y dentro de la faringe. Esta comida puede entonces deslizarse sobre la vía aérea.
- Reducción de la peristalsis esofágica, la peristalsis faríngea o constricción faríngea para prensar el bolo a través de la faringe se continúa con la musculatura esofágica para mover el bolo a través del esófago. La contracción de esta musculatura puede reducirse como resultado de ciertos desórdenes neurológicos, generando reducción de los movimientos del bolo en el esófago cervical.

3.1.3.2.2 Sintomatología

Los síntomas que presentan las personas con disfagia pueden abarcar: tos y/o ahogos durante o después de las comidas, cambios en la tonalidad de la voz luego de la deglución de alimentos, arcadas, regurgitación nasal, incapacidad de selle labial, reducido control de la lengua, babeo o dificultad para mantener el alimento dentro de la boca, odinofagia, dificultad en la masticación, dificultad en el traslado del bolo alimenticio. Dentro de los síntomas más complejos se encuentra la pérdida de peso, el aumento de secreciones traqueobronquiales y neumonías aspirativas a repetición(44).

Al verse perjudicado el proceso de ingesta de alimentos se interviene negativamente en el estado nutricional. La nutrición del adulto mayor es de gran importancia, de igual forma que en cualquier otra etapa de la vida, tiene repercusiones en la calidad de vida de las personas y se puede definir como un

indicador de fragilidad en los ancianos, aspecto que influye en la capacidad para afrontar enfermedades crónicas(48). La fragilidad es un trastorno que reduce la autonomía de los ancianos y dificulta su desempeño en actividades de la vida cotidiana, entre ellas la alimentación(49).

El estado nutricional se identifica como el resultado de una serie de factores entre los que se encuentran: la alimentación mantenida a lo largo de los años, el proceso de envejecimiento, las alteraciones a nivel metabólico, la toma de medicamentos, la disminución de capacidades funcionales, así como las situaciones psicosociales y económicas que se experimentan(50). No obstante, el mantenimiento de un adecuado estado nutricional durante el envejecimiento se convierte en una tarea difícil, pues esta etapa es caracterizada por enfermedades y cambios naturales que sobrevienen con la edad fisiológica. Adicionalmente, estos aspectos inciden en el proceso de ingestión de alimentos comprometiendo el estado de salud, a partir de esto, es importante conocer los hábitos de alimentación y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores, En consecuencia que llevar una alimentación sana conlleva una vida saludable y activa dentro de la familia y la comunidad(51)(52).

La nutrición adecuada puede disminuir los cambios que se relacionan con el proceso de envejecimiento además de contribuir a la calidad de vida del adulto mayor. Esta última entendiéndose como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses(53)(54). Es decir, la calidad de vida corresponde al nivel de bienestar percibido y derivado de la estimación que lleva a cabo cada persona tanto de elementos objetivos como subjetivos en diferentes dimensiones de su vida(54).

3.1.4 Calidad de vida

La OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones(12).

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye condiciones materiales de la vida, la satisfacción que de ella se deriva, la situación económica, las oportunidades de empleo, las relaciones interpersonales entre muchas otras pero dentro de los indicadores de bienestar individual está estrechamente relacionada con el concepto de salud y enfermedad en términos de cuál es mi capacidad de dependencia para cumplir con actividades y tareas de la vida diaria(29).

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal(17). Tal y como podemos observar a través de estas definiciones, uno de los elementos centrales en la evaluación de la calidad de vida parece ser el

bienestar que percibe la persona, aspecto en el que se va a centrar nuestro trabajo. En esta misma línea afirman que no sólo es relevante mantener un estado de salud física sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social(55).

La evaluación de la calidad de vida del adulto mayor desde el punto de vista individual, ha de incluir el ámbito comunitario como una dimensión importante que contribuye de manera significativa a identificar cuál es su autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, entre ellas la alimentación y la capacidad que tiene la persona para desarrollar actividades cotidianas, atenderse a sí mismo y desarrollarse en el medio familiar y social(56).

El estudio de la calidad de vida en personas de tercera edad ha recibido una especial atención en muy diversos ámbitos, mayormente en su dimensión subjetiva cobra una importante significación y permite desmitificar la imagen del anciano cansado y deprimido por ley natural. Las respuestas del anciano acerca de la capacidad de desarrollar algunas tareas varían según su condición de salud pero también según sus atribuciones, sus creencias y el afrontamiento que realicen, influyendo también su aspecto emocional en el sentido personal de cómo percibe sus propias limitaciones, afectando la percepción de calidad de vida que tiene(57).

3.1.4.1 Calidad de vida y salud

La calidad de vida y la salud tienen una doble relación, en la medida que la salud es una dimensión importante de la calidad de vida, y al mismo tiempo es el resultado de ella.

Por ello la evaluación de la percepción de calidad de vida se ha centrado en evaluar el aspecto subjetivo de como el individuo percibe su funcionamiento, y a su vez como la enfermedad afecta dichas funciones(30). Por ello se conocen diversos modelos o métodos para evaluar la calidad de vida; entre los que se encuentra el método de evaluación centrado en la enfermedad el cual se relaciona con patologías específicas y la percepción de vida que tiene el sujeto que la padece, está el modelo de evaluación de percepción de calidad de vida relacionado a la salud, que son similares a los de la enfermedad, pero incorporan síntomas emocionales además de físicos.

Por otra parte, existe el modelo de evaluación de calidad de vida en salud y no enfermedad, el cual va dirigido a enfrentarse a situaciones difíciles, apoyo social, integración a la comunidad, dimensión económica entre otros elementos.

Y finalmente el método que se ocupa en determinar la percepción de calidad de vida en habilidades funcionales en relación a alguna enfermedad o condición, que está centrada a la capacidad de cumplir con actividades necesarias para la supervivencia o actividades básicas, actividades instrumentales y/o actividades avanzadas(5).

Adicionalmente, se hace necesario evaluar la existencia de cuatro categorías que determinan el nivel de calidad percibido por la persona. La primera de estas categorías hace referencia a la calidad de vida física, un dominio centrado en lo biológico donde es importante analizar los estados de salud, así como las limitaciones funcionales y cognitivas. En segundo lugar, nos habla de calidad de vida social, que incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. Es decir, sería una perspectiva estructural del apoyo social donde lo que interesa son medidas centradas en el tamaño de la red, la frecuencia de contactos o la participación en actividades. En tercer lugar se plantea la calidad de vida percibida, que se centraría en los aspectos más funcionales del apoyo social, representados en la valoración subjetiva de la calidad de vida social, de las relaciones familiares y de los amigos(55). Por último, habla de calidad de vida psicológica, centrada en lo que diferentes autores han denominado bienestar subjetivo, componiéndose por tanto de los posibles efectos positivos y negativos y de la percepción de satisfacción. Tal y como podemos observar a través de estas definiciones, uno de los elementos centrales en la evaluación de la calidad de vida parece ser el bienestar que percibe la persona, aspecto en el que se centra principalmente los estudios de percepción de la calidad de vida en diferentes poblaciones, en este caso adultos mayores(57).

3.2 MARCO TEÓRICO

3.2.1 Teorías de la deglución

Debido al rápido proceso que se desencadena al momento de la deglución y la gran cantidad de centros motores involucrados, aún existe en la actualidad diferentes teorías que explican este reflejo desde el punto de vista anatómico, mecánico y funcional.

La teoría de la propulsión constante; esta se basa en el estudio anatómico del sistema estomatognático, es una teoría descriptiva que muestra el paso del bolo alimenticio a través del tracto digestivo superior: conociéndose 3 fases; fase oral, fase faríngea y fase esofágica.

La teoría de la expulsión oral; esta teoría mecánica establece que el bolo es impulsado desde la boca hasta la faringe, por acción de la lengua y de la musculatura milohioidea.

Y finalmente la teoría de la integración funcional incorpora aspectos funcionales y está basada principalmente en estudios electromiográficos que demuestran que el proceso de deglución es dinámico e involucra una serie de movimientos musculares y oro-faríngeo-esofágicos muy complejos que se mantienen en completa sinergia(39).

3.2.2 Proceso de envejecimiento

La concepción tradicional del proceso del envejecimiento está cambiando, al tiempo que se reconocen los límites del envejecimiento normal y la enfermedad. Como resultado de numerosas investigaciones actualmente se conoce mucho sobre el envejecimiento pero esto también ha hecho difícil diferenciar el envejecimiento normal de la enfermedad(26).

El envejecimiento normal es un proceso que convierte adultos sanos en ancianos frágiles, con disminución de reserva en la mayoría de los sistemas fisiológicos que lleva a un aumento significativo de las enfermedades y la muerte, a diferencia del envejecimiento normal, la enfermedad se define como la alteración de las funciones lo que desencadena condiciones adversas(58).

Sin embargo, en los ancianos se hace difícil considerar cual es la referencia de “normalidad” en términos de salud y enfermedad, por ello se han propuesto dos modelos de interacción entre envejecimiento y enfermedad.

El primer modelo, la dicotomía del envejecimiento explica que el deterioro de las células, tejidos, órganos y sistemas repercute en la salud del individuo y este proceso hace que no se puedan ejecutar normalmente las funciones de dichos sistemas sin que esto implique la falla completa de su función, pero al coexistir una enfermedad ocasiona que sea difícil establecer si se trata de envejecimiento normal o patológico

El segundo modelo, propuesto permite establecer la relación entre el envejecimiento y la enfermedad (por eso es llamado continuum envejecimiento-enfermedad), es aquí donde surgen los factores de riesgo, que basados en el modelo médico- biológico dieron explicación a muchas de las causas de enfermedad crónica no transmisible. Así cualquier enfermedad durante el curso de la vida agrega lesiones a los ya deteriorados sistemas en el anciano(28).

3.2.3 Evaluación de la percepción de la calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye condiciones materiales de la vida, la satisfacción que de ella se deriva, la situación económica, las oportunidades de empleo, las relaciones interpersonales entre muchas otras pero dentro de los indicadores de bienestar individual está estrechamente relacionada con el concepto de salud y enfermedad en términos de cuál es mi capacidad de dependencia para cumplir con actividades y tareas de la vida diaria(59).

Calidad de vida y salud tienen una doble relación, en la medida que la salud es una dimensión importante de la calidad de vida, y al mismo tiempo es el resultado de ella. Por ello la evaluación de la percepción de calidad de vida se ha centrado en evaluar el aspecto subjetivo de como el individuo percibe su funcionamiento, y a su vez como la enfermedad afecta dichas funciones(17). Por ello se conocen

diversos modelos o métodos para evaluar la calidad de vida; entre los que se encuentra el método de evaluación centrado en la enfermedad el cual se relaciona con patologías específicas y la percepción de vida que tiene el sujeto que la padece, está el modelo de evaluación de percepción de calidad de vida relacionado a la salud, que son similares a los de la enfermedad pero incorporan síntomas emocionales además de físicos.

Por otro lado, existe el modelo de evaluación de calidad de vida en salud y no enfermedad, el cual va dirigido a enfrentarse a situaciones difíciles, apoyo social, integración a la comunidad, dimensión económica entre otros elementos.

Y finalmente el método que se ocupa en determinar la percepción de calidad de vida en habilidades funcionales en relación a alguna enfermedad o condición, que está centrada a la capacidad de cumplir con actividades necesarias para la supervivencia o actividades básicas, actividades instrumentales y/o actividades avanzadas(57).

3.3 MARCO CONTEXTUAL

En Colombia la atención familiar del adulto mayor se ha ido desplazando hacia otros cuidadores ya sean personas ajenas a la familia o instituciones de atención al adulto mayor(60), dadas las circunstancias familiares actuales, Las residencias geriátricas se presentan como una alternativa para habitar la ancianidad, se presentan ante los sujetos como sus nuevos “hogares”, más allá de que la decisión de vivir en una residencia pueda ser del mismo anciano, los efectos de este vivir traen claras consecuencias, puesto que se ven modificadas no sólo sus rutinas diarias sino también los espacios en los que el sujeto se mueve(61). Las formas y estructuras organizacionales de las diferentes instituciones traen diversas consecuencias que van a repercutir en quienes allí habitan, así se estipula un horario para dormir, para las comidas (se les estipula también qué comida para qué día), para recibir visitas, para controles médicos, se les asigna un dormitorio para dormir y, la mayoría de las veces, un compañero de cuarto(62).

A través de la **ley No. 1315 de 2009** en Colombia, se decretó y definió las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención. En el artículo 1ero se menciona la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social. En el artículo 2do se tiene en cuenta las siguientes definiciones:

Centros residenciales para personas mayores: Centros destinados al albergue permanente o temporal de personas mayores, donde se ofrecen servicios de hospedaje, sociales, de bienestar y cuidado integral a la persona mayor.

Centros de día para personas mayores: Centros que funcionan en horario diurno, generalmente ocho horas diarias durante cinco o seis días a la semana, orientada al cuidado y bienestar integral de la persona mayor y promoción social.

Centros de atención domiciliaria para personas mayores: servicios orientados al cuidado y bienestar de la persona mayor, en la residencia del usuario.

Centros de teleasistencia domiciliaria: servicios orientados a la asistencia telefónica en crisis personales, sociales o médicas de las personas mayores, para proporcionar seguridad y mejorar la calidad de vida, mediante el contacto inmediato con un centro de atención especializada.

Siendo conscientes de los cambios y consecuencias que trae vivir en una institución geriátrica se decide realizar el presente trabajo en una de ellas, con el fin de reconocer el rol del fonoaudiólogo en la rehabilitación de los problemas de alimentación, así como priorizar la atención de acuerdo a las necesidades que perciban los adultos mayores. Por tanto, el lugar donde se desarrollará el presente trabajo es el Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel de Cali es una Empresa Social del Estado, del orden Municipal adscrita a la Secretaria de Salud Pública Municipal, creada por Acuerdo 011 de 23 de Mayo de 1917 y transformado por el Acuerdo 08 de Agosto 16 de 1995, tiene autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica reconocida por el Gobierno del Valle(63).

Dentro de su misión se tiene: Brindar servicios de salud y complementarlos que garanticen el bienestar integral a los adultos mayores del sur occidente colombiano con calidad y seguridad, con un recurso humano multidisciplinario, calificado y comprometido con su labor; garantizando el uso eficiente de los recursos y a su vez fomentar de manera permanente espacios de capacitación formal, no formal y de investigación estableciendo para ello convenios docente asistenciales que se requieran.

Su visión es: Ser reconocido en el año 2016 como el primer centro de referencia del Sur Occidente Colombiano en la atención y rehabilitación integral del adulto mayor, por su excelencia en el servicio.

El programa de atención del Hospital Geriátrico es residencia permanente, este programa atiende íntegramente adultos mayores en la modalidad de Pensionado, en donde se recibe dinero por su estadía, la cual se clasifica según el tipo de pensión:

Villa de la sabiduría: Confortables aparta-estudios con todo incluido, primer piso, parqueadero al frente.

Pensión A: Espaciosa habitación con baño privado y balcón (segundo piso).

Pensión B: Habitación amplia con closet y baño privado en el segundo piso.

Pensión C: Habitación con baño y closet tipo estándar, ubicada en el segundo piso.

Media Pensión: Habitación compartida en el 2do piso.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de calidad de vida en la alimentación de los adultos mayores institucionalizados que presentan alteraciones en el proceso de ingestión de alimentos y disfagia residentes de una institución geriátrica de la Ciudad de Cali en el periodo 2015-2016

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las dificultades en las fases de la alimentación que presentan los adultos mayores residentes de una institución geriátrica de la Ciudad de Cali.
- Determinar el nivel de percepción de calidad de vida en la alimentación de los adultos mayores que presentan alteraciones en el proceso de ingestión de alimentos.
- Describir la percepción de calidad de vida de los adultos mayores según el tipo de alteración en las cuatro fases de la alimentación.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de este estudio fue cuantitativo, y se desarrolló bajo un tipo de investigación descriptiva con un diseño transversal(64). En este estudio se caracterizó la percepción de calidad de vida en la alimentación de los adultos mayores que residen en una institución geriátrica de la Ciudad de Cali y que presentan diagnóstico de alteración en algunas de las fases del proceso de alimentación.

5.2 POBLACIÓN

Universo: los adultos mayores residentes en una institución geriátrica de la Ciudad de Cali.

Muestra: se realizó un censo de adultos mayores diagnosticados con desórdenes en la alimentación que conviven en el Hospital Geriátrico San Miguel E.S.E de la Ciudad de Cali con previa autorización del lugar y disposición de los sujetos, obteniendo un total de 30 participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Lo anterior se definió a partir de las visitas periódicas que realizaron las investigadoras a la institución.

Criterios de inclusión:

- Personas desde 60 años en adelante que residieran permanentemente en la institución geriátrica y que en la historia clínica documentan dificultades en el proceso de alimentación.
- Personas que pudieran diligenciar el instrumento de evaluación de percepción de calidad de vida en la deglución (SWAL-QoL) o que contaran con alguien que pudiera asesorarlos y/o responder sus preguntas.
- Personas que desearan participar en el estudio y aceptaran las condiciones establecidas a través del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas cuya historia clínica no especificara información detallada respecto a dificultades en el proceso de alimentación.

5.3 PERIODO DE ESTUDIO

Fecha de inicio de la investigación: Marzo 2016.

Fecha de finalización de la investigación: Junio 2016.

5.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos se emplearon las siguientes fuentes de información:

Fuentes primarias:

- Historias clínicas
- Cuestionario SWAL-QoL aplicado por las investigadoras y dirigido a los adultos mayores que residían en la institución geriátrica y cumplían con los criterios de inclusión del estudio.

Fuentes secundarias: Revisión bibliográfica. Se consultaron diferentes fuentes, tales como, libros, publicaciones virtuales y artículos de bases de datos indexadas.

5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

• Contacto con la institución

Se realizó el proceso de contacto con la institución geriátrica donde se emitió una solicitud escrita en la que se detallaron los objetivos y la metodología del estudio. Una vez aprobados estos criterios, se recibió la aprobación de la institución a través de un documento que legitimó la ejecución del estudio (**Ver anexo 5**).

• Reclutamiento de Participantes

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo al interior de la institución, en el espacio designado para llevar a cabo reuniones, allí se congregaron las personas que cumplían con los criterios de inclusión en el estudio, se les explicó el proyecto en forma breve empleando un lenguaje amigable para aclarar las condiciones éticas, legales y de participación para que posteriormente autorizaran su colaboración y firmaran el respectivo consentimiento informado.

• Diseño y aplicación del consentimiento informado

Para el diseño de este estudio se contó con la construcción de un consentimiento informado en el que cada persona tuvo una visión más detallada de los parámetros de esta investigación, siendo enfáticos en que el proceso fue descriptivo y se constituyó como una investigación con riesgo mínimo según los lineamientos dados por la resolución 008430 sobre ética en investigación en salud.

El consentimiento informado fue proporcionado por una investigadora a cada adulto mayor y/o acompañante para que lo leyeran detenidamente y lo

diligenciaran en caso de que aceptaran participar, si la persona no comprendía la información escrita, la investigadora que permanecía presente durante este proceso la orientó y posteriormente se firmó el documento tal como está establecido legalmente. El tiempo destinado para la aplicación del consentimiento informado fue de 10 minutos, este no se adjuntó al cuestionario SWAL-QoL sino que se depositó en carpetas seguras de manera tal que la confidencialidad fue resguardada. (Ver anexo No.1).

- **Revisión de historias clínicas**

Los datos relacionados con alteraciones en el proceso de alimentación reportados en las historias clínicas de los participantes del estudio, fueron revisados y documentados una vez las directivas y personal encargado en la institución geriátrica autorizó previamente y de manera escrita, asimismo, solo se tuvo en cuenta información relacionada con las alteraciones mencionadas.

- **Prueba piloto**

La prueba piloto es una actividad necesaria que forma parte de la elaboración o en este caso del ajuste de un cuestionario, con el fin de garantizar la validez del mismo en relación a lo que se espera medir. Esta prueba se realizó con 10 adultos mayores de la institución, seleccionados de manera aleatoria, con los cuales se diligenció el consentimiento informado y posteriormente se aplicó el cuestionario SWAL-QoL. Al finalizar se llevó a cabo una sesión de retroalimentación para identificar si era necesario realizar ajustes de algunas palabras del test.

- **Aplicación del cuestionario SWAL-QoL**

El cuestionario se diligenció con 30 adultos mayores después de haber llevado a cabo la presentación del estudio y contar con el diligenciamiento del consentimiento informado, este fue aplicado de manera individualizada por cada una de las investigadoras, quien guardó la confidencialidad de cada participante y aclaró dudas que surgieron durante la aplicación del cuestionario. La duración aproximada de la prueba fue de 20 minutos.

- **Manejo de la información**

Los datos recolectados a través de los consentimientos informados, las historias clínicas y el cuestionario SWAL-QoL fueron cifrados de manera digital y empleados solo para fines investigativos, cumpliendo los acuerdos pactados entre participantes, investigadoras y comité de ética. En este sentido, se asignó a cada participante un número o código, obviando de esta manera el registro con datos personales. Después de llevar a cabo el análisis, fueron eliminados.

- **Riesgos potenciales**

Este trabajo investigativo recolectó la información de la percepción de la calidad de vida que tienen los adultos mayores con dificultades en el proceso de alimentación que se encuentran institucionalizados, por medio de la aplicación de un cuestionario estandarizado (SWAL-QoL), por lo que no se realizaron procedimientos invasivos que afectarían su componente físico, psicológico, emocional, social o legal. No obstante, se informó que se realizaría la revisión de historias clínicas para identificar a las personas que contarán con un diagnóstico u observación sobre dificultades en el proceso de alimentación, lo cual presentó un riesgo mínimo de confidencialidad, para el cual se diseñó un control de la situación de tal forma que las investigadoras no emplearan los datos personales de la población. Para ello, durante el registro de la información y clasificación de las dificultades, se asignó a cada participante un símbolo (Letra, número, etc.).

Del mismo modo, durante la aplicación del cuestionario no se utilizaron apartados en donde se consignaron datos privados como nombre, cédula, teléfono o fotos. Paralelamente, se indicó que, durante esta actividad, se podría presentar un riesgo mínimo en el que por medio de comentarios o expresiones se afectara el desempeño del participante, para esto, las investigadoras asumieron un comportamiento ético, absteniéndose de realizar comentarios o expresiones relacionados con los aspectos privados de los participantes o influenciando sus respuestas.

En cuanto a los consentimientos informados, estos se depositaron en una carpeta aparte para tenerlos como constancia de la aceptación de la participación en el estudio. Igualmente, los cuestionarios (SWAL-QoL) diligenciados se guardaron en una carpeta con su debida asignación de símbolo (Letra, número, etc.), los cuales se emplearon para el análisis de los resultados, sin relacionarlos con los consentimientos o datos personales. Para finalizar, toda la información obtenida por medio de las historias clínicas, cuestionario y consentimientos informados fueron utilizados sólo con fines investigativos, cumpliendo con los acuerdos pactados entre los participantes, la institución y las investigadoras.

5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Directas: Aplicación Cuestionario SWAL-QoL y rejilla de recolección de información de las alteraciones en la alimentación.

Indirectas: Revisión de Historias clínicas de los adultos mayores institucionalizados.

6.7 INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

El estudio consideró dentro de la variable sociodemográfica de la población a las siguientes subvariables: edad(65), sexo(66), régimen de salud(67), pensión(68), asimismo tuvo en cuenta las dificultades presentadas en la alimentación(69) y la

percepción de la calidad de vida en la alimentación(70) descritas en la literatura. Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición:

- Rejilla de registro de información de la historia clínica de la institución geriátrica que brindó información de tipo asistencial y social. Este documento incluyó información relacionada con el proceso de alimentación de la población y su desempeño en dicha actividad, la cual fue de utilidad para el presente estudio. (Ver anexo No.2)
- El cuestionario Swallowing Quality of Life (SWAL-QoL)(71) de uso libre contenía los datos sociodemográficos de la población en su sección inicial, incluyendo las subvariables de edad, sexo, régimen de salud e información sobre el acceso pensión; adicionalmente incluyó un apartado de antecedentes de dificultades en la alimentación documentadas previamente por la historia clínica de los individuos. En su sección final se encontraba el apartado de evaluación de la percepción de calidad de vida en la deglución que tuvo en cuenta ocho dominios, cada uno compuesto por diferentes preguntas que abarcaron las temáticas de: consecuencias de las alteraciones en la deglución, síntomas físicos relacionados con la deglución, repercusiones de las alteraciones de la deglución en la dieta y alimentación, alteraciones en la comunicación, miedo al alimentarse, la salud mental, el funcionamiento social y el sueño/fatiga. **(Ver anexo No.3)**

5.8 VARIABLES

Este estudio consideró las siguientes variables y subvariables que permitieron recolectar información suficiente y pertinente para conseguir los objetivos propuestos. Dichas variables obedecieron a categorías ordinales y nominales con respuestas de carácter politómicas y dicotómicas.

- Características sociodemográficas: en esta variable se tuvieron en cuenta las siguientes subvariables: la edad que se define como el tiempo que han vivido las personas, el sexo entendido como la condición orgánica masculina o femenina y el régimen de salud definido como la vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud que permite la afiliación de las personas del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Lo anterior permitió realizar un perfil de la condición social de los adultos mayores institucionalizados
- Características clínicas: en esta variable se registraron los datos sobre las dificultades en el proceso de alimentación definidas como las alteraciones estructurales o funcionales que conllevaban deterioro en dicho proceso, y que se encontraran registradas en la historia clínica. Se obtuvo información de las siguientes subvariables: tipo de disfagia o desorden de alimentación y grado de severidad.

- Calidad de vida en el proceso de alimentación: es un complejo multidimensional que comprende la posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que se desarrolla el sujeto incluyendo aspectos como su salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida, redes de apoyo y servicios sociales. El determinar la percepción del individuo en relación con las dificultades en el proceso de alimentación a través del cuestionario (SWAL-QoL) permitió calificarla bajo los indicadores de: muy pobre, pobre, regular, buena y muy buena(70). Esta variable contó con subvariables determinadas por cada dominio del cuestionario: consecuencias de las alteraciones en la deglución, síntomas físicos relacionados con la deglución, repercusiones de las alteraciones de la deglución en la dieta y alimentación, alteraciones en la comunicación, miedo al alimentarse, la salud mental, el funcionamiento social y el sueño/fatiga.

TABLA 1. CUADRO DE VARIABLES

Variables	Subvariables	Definición operativa	Operacionalización de la variable	Instrumentos	Tipo de variable	Influencia
Características sociodemográficas	Sexo(66)	Condición sexual biológica	-Hombre -Mujer	Cuestionario swallowing quality of life (sección inicial)	Cualitativa nominal	Independiente
	Edad(65)	Años cumplidos	Edad en años		Cuantitativa razón	Independiente
	Régimen de salud(67)	Tipo de afiliación a la seguridad social del participante	- Contributivo - Subsidiado		Cualitativa nominal	Independiente
Dificultades en la alimentación	Dificultades en el proceso de alimentación(69)	Alteración en una o varias fases del proceso de ingestión de alimentos	Alteraciones en: - Fase anticipatoria - Fase preparatoria - Fase oral - Fase faríngea - Fase esofágica	Historia clínica de la institución geriátrica	Nominal	Independiente

Percepción de calidad de vida en la alimentación	Calidad de vida en el proceso de alimentación(70) consecuencias de las alteraciones en la deglución síntomas físicos relacionados con la deglución repercusiones de las alteraciones de la deglución en la dieta y alimentación alteraciones en la comunicación miedo al alimentarse la salud mental el funcionamiento social	Bienestar y funcionamiento o en las dimensiones física, emocional y social de la vida humana	Calificación para cada dominio del cuestionario y calificación global: 1- muy pobre 2- pobre 3- regular o media 4- buena 5- muy buena	Cuestionario swallowing quality of life (sección final)	Ordinal	Dependiente
--	---	---	---	--	----------------	--------------------

	el sueño/fatiga					
Dificultades que se presentan en las diferentes etapas de la alimentación y percepción de calidad de vida de los adultos mayores	Dificultades en el proceso de alimentación(69) Calidad de vida en el proceso de alimentación(70)	Relación entre las alteraciones en las etapas de la alimentación y la calificación de cada dominio del cuestionario	Análisis bivariado fase alterada/grado de percepción de calidad de vida	Cuestionario Swallowing Quality of Life (sección final). Historia clínica de los adultos mayores custodiada por la institución geriátrica	Ordinal	Dependiente

5.9 FASES DEL ESTUDIO

El diseño de este estudio contó con cinco fases:

Primera fase - Preparación para el estudio:

En esta fase se recopiló la información obtenida a través de la revisión bibliográfica para contextualizar a las investigadoras sobre los estudios ya realizados, siendo referente para la valoración de la población. Adicionalmente, se realizó el proceso de contacto con la institución geriátrica donde se llevó a cabo una visita al lugar con el propósito de conocer la población a estudio y posteriormente se emitió una solicitud escrita en la que se detallaron los objetivos y la metodología del estudio. Una vez aprobados estos criterios, se recibió la aprobación de la institución a través de un documento que legitimó la ejecución del estudio.

Segunda fase - Diseño y ajuste de instrumentos:

Para el diseño y ajuste de los instrumentos se contó con el formato de historia clínica de la institución geriátrica con previa autorización de la misma a partir del cual se identificaron los antecedentes de alteraciones en la alimentación de los sujetos. Asimismo se hizo uso del cuestionario en español del SWAL-QoL de libre distribución(71) que evalúa la percepción de calidad de vida en la alimentación.

Para la observación de la historia clínica se aplicaron los protocolos de seguridad correspondientes, asegurando la recolección de datos pertinentes para la investigación, y manteniendo la confidencialidad de la información.

Para la evaluación de la percepción de calidad de vida en la alimentación se siguieron a cabalidad los instructivos del cuestionario en español del SWAL-QoL y se diligenció en su totalidad, involucrando ocho dominios con sus respectivas preguntas. A este instrumento se le añadió una sección inicial que incluyó las variables sociodemográficas de edad, sexo y régimen de salud, de igual manera se agregó un apartado que contenía información relacionada con las dificultades en la alimentación evidenciadas por la historia clínica de los sujetos.

Todos los datos se diligenciaron en una sola ocasión para cada sujeto de acuerdo a los formatos empleados por las investigadoras para conocer datos sociodemográficos y la percepción de calidad de vida en la alimentación de la población al momento de la investigación. Previo al encuentro con la población del estudio, se realizó una prueba piloto con adultos mayores del Hospital Geriátrico San Miguel de la ciudad de Cali que daban cumplimiento a los criterios de inclusión establecidos para la investigación, con el fin de lograr la familiarización de las investigadoras con la aplicación y operativización del cuestionario.

Tercera fase - Desarrollo de la prueba piloto:

Se llevó a cabo la implementación de la prueba piloto del proyecto de investigación “Caracterización de la Percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Institucionalizados con Dificultades en el proceso de Alimentación en el Hospital Geriátrico San Miguel de la ciudad de Cali”. Se contó con la participación de las investigadoras principales a cargo del estudio y una población de adultos mayores seleccionados para este pilotaje a partir de la realización del muestreo por censo (escogidos de acuerdo con los criterios de inclusión del estudio).

Una vez se obtuvo el permiso correspondiente por parte de la institución, se seleccionó una muestra por censo de los adultos mayores, a los cuales se les asignó una fecha y hora para la realización de la prueba del pilotaje, suministrando además el debido consentimiento informado que respaldó su participación en el estudio y explicó las consecuencias, ventajas y desventajas implícitas en su evaluación.

Tres horas antes de la hora pactada las investigadoras principales del estudio revisaron los antecedentes de dificultades en la alimentación documentados en la historia clínica y registraron la información correspondiente en la sección inicial del cuestionario SWAL-QoL de cada sujeto, adicionalmente se realizó el acondicionamiento de la instalación, para ello se dispuso del espacio y los formatos a emplear de la siguiente manera:

Organización del espacio: se dispuso el consultorio del servicio de Fonoaudiología de la institución, ya que sus características de amplitud, ventilación e iluminación constituían un espacio adecuado para la aplicación del cuestionario, en este lugar se distribuyeron 8 sillas de forma tal que cada investigador tuvo a su cargo la evaluación de manera individualizada y así les fue posible responder a las preguntas e inquietudes que se presentaron durante la aplicación del cuestionario SWAL-QoL.

Verificación de formatos: se revisó que cada cuestionario SWAL-QoL contuviera la información sobre las dificultades en la alimentación registrada en su sección inicial a partir de las historias clínicas revisadas con anterioridad, aquí se tuvo en cuenta que la información registrada en el cuestionario coincidiera con cada sujeto.

Una vez hecho lo anterior, se procedió a esperar la llegada de cada una de las personas citadas entre las 8:00 am y 8:30 am al consultorio de Fonoaudiología de la institución geriátrica donde residen. Se inició la prueba piloto con una explicación detallada del consentimiento informado y del cuestionario SWAL-QoL con el fin de familiarizar a los participantes con el estudio y la prueba, explicando el objetivo de la misma y las consideraciones a tener en cuenta a la hora de responder las preguntas, posteriormente, se les suministró el consentimiento informado y si decidían aceptar las condiciones del estudio se procedía a aplicar la prueba. Se contó con un tiempo aproximado de 30 minutos para el diligenciamiento del consentimiento informado y el cuestionario.

Finalmente se agradeció la participación tanto a los adultos mayores como al personal administrativo de la institución y se reorganizó el espacio y los implementos usados de manera que se encontraran tal como habían sido recibidos por las investigadoras.

Cuarta fase - Recolección de datos:

Se recolectaron los datos de los adultos mayores incluidos en el estudio a partir de su historia clínica y el cuestionario de evaluación de percepción de calidad de vida en la deglución SWAL-QoL, que contuvo la información sociodemográfica de los participantes, antecedentes de dificultades en la alimentación, y los 44 ítems agrupados en 8 dominios que evaluaron las categorías de:

- Consecuencias de las alteraciones en la deglución
- Síntomas físicos relacionados con la deglución
- Repercusiones de las alteraciones de la deglución en la dieta y alimentación
- Alteraciones en la comunicación
- Miedo al alimentarse
- La salud mental
- El funcionamiento social.
- El sueño/fatiga

Estos datos se agruparon en una base de datos en medio físico y digital con la información cifrada de cada participante.

Quinta fase – Plan de análisis:

Se desarrollaron bases de datos con la información recolectada con los instrumentos utilizando el programa SPSS Data Collection (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22.0 empleando la licencia que proporciona la Universidad del Valle.

Para el tratamiento de los datos se utilizó estadística descriptiva utilizando porcentajes para variables cualitativas y haciendo uso de medias y desviación estándar para analizar las variables de tipo cuantitativo.

El test utilizado se califica de manera cuantitativa, arrojando calificador en porcentajes los cuales se ubican dentro de una de las categorías de la escala Likert la cual se califica como: 1=muy pobre, 2=pobre, 3=regular, 4=buena y 5=muy buena, donde las puntuaciones en la medida en que decrecían se relacionaban con una peor percepción de calidad de vida en la alimentación(15). La escala se interpretó bajo la técnica del sistema tipo Likert(64) en la que después de completar el cuestionario, cada dominio se pudo analizar por separado sumando las respuestas y dividiendo entre el número de ítems; las respuestas de todos los dominios se sumaron y dividieron entre el número total de

ítems para obtener una puntuación global de la variable. Finalmente, para identificar una relación entre la variable de dificultades en las etapas de la alimentación y la variable de percepción de calidad de vida de los adultos mayores se aplicó la comparación entre medias.

Las variables de edad, sexo y régimen de salud de influencia independiente fueron analizadas de manera conjunta a través de tablas de contingencia para construir la sección de características sociodemográficas de la población en el apartado de resultados. Asimismo, estas variables sirvieron para estratificar las variables de: dificultades en el proceso de alimentación y percepción de calidad de vida en la alimentación.

La variable de dificultades en el proceso de alimentación de influencia independiente permitió agrupar en etapas de la alimentación (anticipatoria, preparatoria, oral, faríngea y esofágica) las diversas alteraciones en tal proceso documentadas por la historia clínica de los participantes. Esta variable fue analizada mediante estadística descriptiva y proporcionó información sobre la condición estructural y funcional de los órganos fonoarticuladores así como características sociales relacionadas con la práctica de la alimentación.

La variable de percepción de calidad de vida en la alimentación de influencia dependiente medida a partir del SWAL-QoL indicó la apreciación del individuo en relación con las dificultades en el proceso de alimentación arrojando como resultado una calificación de 1 a 5 descrita como: 1=muy pobre, 2=pobre, 3=regular, 4=buena y 5=muy buena, donde las puntuaciones en la medida en que decrecían se relacionaban con una peor percepción de calidad de vida en la alimentación(15). La escala se interpretó bajo la técnica del sistema tipo Likert(64) en la que después de completar el cuestionario, cada dominio se pudo analizar por separado sumando las respuestas y dividiendo entre el número de ítems; las respuestas de todos los dominios se sumaron y dividieron entre el número total de ítems para obtener una puntuación global de la variable. Finalmente, para identificar una relación entre la variable de dificultades en las etapas de la alimentación y la variable de percepción de calidad de vida de los adultos mayores se aplicó la comparación entre medias.

Redacción final del documento:

Para la elaboración del documento final del proyecto, se tomó como referente las recomendaciones del docente asesor de investigación y los evaluadores del proyecto, realizando las correcciones pertinentes a tabulación, análisis, e interpretación de datos obtenidos mediante la prueba de campo, así como correcciones en las secciones de discusión y conclusiones emitidas por las investigadoras a cargo.

Este estudio contó con la asesoría de un profesional en estadística en la construcción de los resultados obtenidos durante el periodo de recolección de datos, esto con el fin de obtener un mejor panorama en la construcción de las

secciones de discusión y resultados del documento. Se ordenaron cada una de las tablas de registro y posteriormente se procedió a interpretar los mismos bajo los parámetros estadísticos previamente seleccionados para cada una de las variables, permitiendo así caracterizar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en una institución geriátrica de la ciudad de Cali con dificultades en la alimentación.

Finalmente, se realizó la discusión a la luz de los resultados obtenidos con los documentos revisados de bases de datos de Pubmed, Scielo, Universidad de Chile, Science Direct, Elsevier, AIEPI y libros electrónicos de la Universidad del Valle. Asimismo, el apartado de conclusiones tuvo en cuenta las definiciones de las investigadoras frente a los resultados obtenidos, las recomendaciones para próximos estudios y dificultades presentadas a lo largo de la ejecución del proyecto.

6. RESULTADOS

Con base en la metodología, la muestra se seleccionó a partir de un censo por medio del cual se logró reunir un total de 30 adultos mayores institucionalizados en el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. que dieron cumplimiento a los criterios de inclusión para el desarrollo del estudio, a quienes se les proporcionó la información detallada por medio del consentimiento informado. En el transcurso del diligenciamiento de dicho documento se empleó como estrategia la solicitud de la huella de los participantes, ya que la mayoría de ellos manifestaron no saber firmar.

En relación a la administración del cuestionario SWAL-QoL, de los 30 participantes, 4 de ellos solicitaron apoyo de las evaluadoras para su lectura, dado que presentaban dificultades visuales. El apoyo que brindaron las evaluadoras consistió en la lectura en voz alta de cada uno de los ítems para que el participante escuchara e indicara su respuesta.

Este estudio descriptivo con diseño transversal permitió describir la percepción de calidad de vida en la alimentación de los adultos mayores institucionalizados que presentan alteraciones en el proceso de ingestión de alimentos. A continuación, se presentan los resultados.

6.1 Características sociodemográficas (sexo, edad y régimen de salud)

Las características sociodemográficas hacen referencia a: la edad la cual se define como el tiempo que han vivido las personas(65), el sexo entendido como la condición orgánica masculina o femenina(66) y el régimen de seguridad social definido como la vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud que permite la afiliación de las personas del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia(67).

En el estudio se identificó que, del total de los 30 participantes adultos mayores institucionalizados, la edad mínima encontrada fue de 62 años y la máxima de 102 años con una media (promedio) de 82 años, presentando una desviación estándar de ± 11 años (**ver tabla 2**). Del total de la población mencionada, 20 pertenecían al sexo masculino correspondiendo a un 66.7% y 10 al sexo femenino obteniendo un 33.3% (**ver gráfico 1**). Respecto al régimen de seguridad social de los adultos mayores, se obtuvo que 6 participantes pertenecían al régimen contributivo, lo que equivale al 20%, y 24 participantes al régimen subsidiado equivalente al 80% (**ver gráfico 2**).

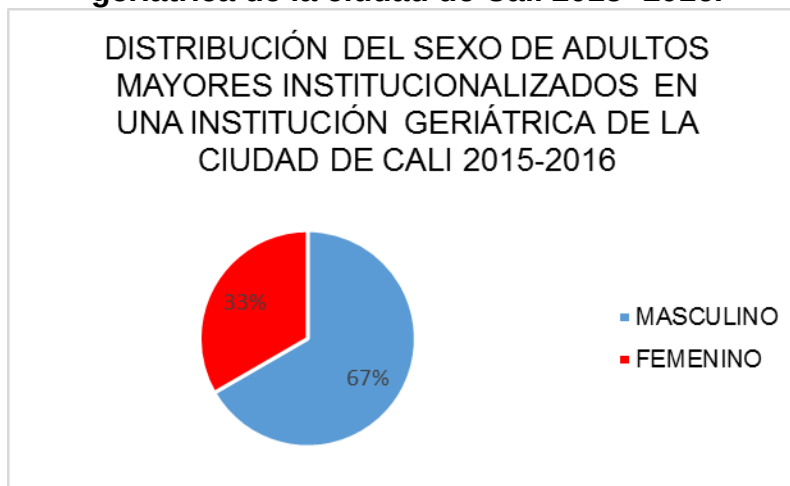
Tabla 2. Edad de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.

EDAD					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.

EDAD	30	62	102	82,30	11,305
------	----	----	-----	-------	--------

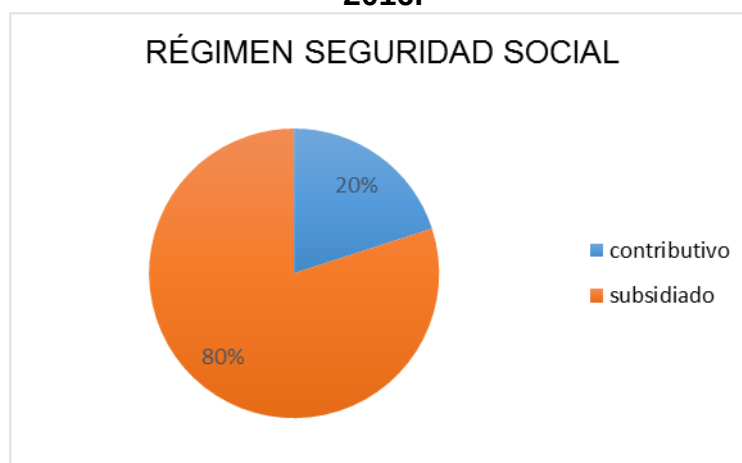
Fuente: Elaborada por los autores.

Gráfico 1. Sexo de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

Gráfico 2. Régimen de seguridad social de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

6.2 Dificultades en las fases de la alimentación

Las dificultades en el proceso de alimentación están definidas como las alteraciones estructurales o funcionales que conllevan al deterioro en dicho proceso, y que se encontraban registradas en la historia clínica. Se obtuvo información de las fases: anticipatoria, preparatoria, oral y faríngea.

La fase anticipatoria corresponde a una etapa cognitiva del mecanismo de la deglución, se considera la primera fase por ser aquí donde inicia la organización

del individuo para alimentarse, envolviendo una serie de actos como son la elección del alimento, posición al momento de comer, cómo se administrará el alimento y el ambiente que lo rodea, creándose un contexto específico para la deglución(38). De acuerdo con la revisión de historias clínicas y la evaluación proporcionada por la fonoaudióloga de la institución, se encontró que, de los 30 participantes en la investigación, 27 personas (90%) no presentaban alteraciones, mientras que tres (10%) sí presentaban alteración en dicha fase (**Ver tabla 3**).

Tabla 3. Alteraciones en la fase anticipatoria de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.

FASE ANTICIPATORIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NORMAL	27	90,0	90,0	90,0
	ALTERADA	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaborada por los autores.

La fase preparatoria ocurre cuando los alimentos llevados a la boca son cortados, desgarrados y triturados por los dientes, con la participación de los músculos masticadores y la suficiente apertura bucal al momento de depositar los alimentos en la boca, mientras los labios ayudan a contener los alimentos actuando como un esfínter bucal evitando fugas(38). En esta fase se encontró que 15 (50%) participantes presentaban alguna alteración y los otras 15 (50%) no tenían ninguna alteración en dicha fase (**ver tabla 4**).

Tabla 4. Alteraciones en la fase preparatoria de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.

FASE PREPARATORIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NORMAL	15	50,0	50,0	50,0
	ALTERADA	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaborada por los autores.

En la fase oral el bolo alimenticio es empujado por la elevación del ápex lingual y la propulsión anteroposterior, luego se desencadena el reflejo de deglución, el cual induce una serie de actos coordinados que protegen las vías respiratorias y aseguran la progresión del bolo alimenticio(39). En esta fase, de los 30 adultos que participaron en el estudio, 14 de ellos (46.7%) reportaban alteración en la historia clínica, mientras que 16 (53.3%) personas no registraban ninguna alteración en dicha fase (**ver tabla 5**).

Tabla 5. Alteraciones en la fase oral de los adultos mayores institucionalizados mayores en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

FASE ORAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NORMAL	16	53,3	53,3	53,3
	ALTERADA	14	46,7	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaborada por los autores.

La fase Faríngea es un proceso automático y reflejo que comienza con el desencadenamiento del reflejo de deglución, provocado por el paso del bolo a través del arco palatino anterior, parte posterior o base de la lengua, y continúa hasta la región cricofaríngea(40). En esta fase no se encontró ningún adulto mayor que cumpliera con los criterios de inclusión en la investigación y tuviera alguna alteración en la fase faríngea registrada en la historia clínica (**ver tabla 6**).

Tabla 6. Alteraciones en la fase faríngea de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

FASE FARÍNGEA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NORMAL	30	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaborada por los autores.

6.3. Percepción de calidad de vida en la alimentación

La calidad de vida en el proceso de alimentación se define como un complejo multidimensional que comprende la posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que se desarrolla el sujeto incluyendo aspectos como su salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida, redes de apoyo y servicios sociales. El determinar la percepción de calidad de vida del individuo en relación con las dificultades en el proceso de alimentación a través del cuestionario SWAL-QoL permitió calificarla bajo los indicadores de: muy pobre, pobre, regular, buena y muy buena (70), sin embargo, los indicadores fueron agrupados en tres categorías para que de esta manera se facilitara la comprensión y explicación de los datos de la siguiente forma: muy pobre y pobre = pobre y buena y muy buena = buena. Esta variable contó con subvariables determinadas por cada dominio del cuestionario: consecuencias de las alteraciones en la deglución, síntomas físicos relacionados con la deglución, repercusiones de las alteraciones de la deglución en la dieta y alimentación, alteraciones en la comunicación, miedo al alimentarse, la salud mental, el funcionamiento social y el sueño/fatiga.

A partir de los datos recolectados, se encontró que, de los 30 adultos mayores, 21 (70%) percibían como “Buena” su calidad de vida frente a las dificultades de alimentación; 4 (13.3%) personas percibían una calidad de vida “Regular” y 5 (16.7%) personas indicaron percibir su calidad de vida como “Pobre” (**Ver tabla 7**).

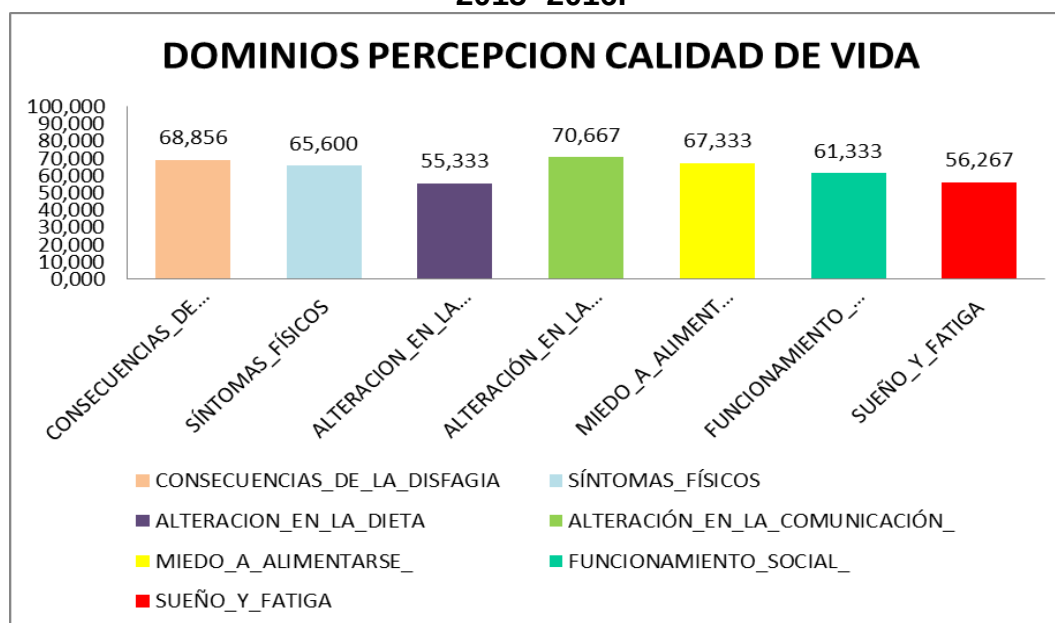
En general, se encontró que los dominios con peor calificación fueron alteración en la dieta con una media de 55.3 y desviación estándar de 15.9, Sueño- fatiga con una media de porcentaje de 56.26 con desviación estándar de 15.29, funcionamiento social con un porcentaje de 61.3 con desviación estándar de 14.39 y Síntomas físicos con una media de 63,38 y desviación estándar de 12,54. El dominio con mejor percepción de calidad de vida fue la alteración en la comunicación con una media de 70. 6 con desviación estándar de 19.1 (**Ver Gráfico 3**).

Tabla 7. Calificación global del cuestionario SWAL-QoL de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

CALIFICACIÓN GLOBAL DOMINIOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	POBRE	5	16,7	16,7	16,7
	REGULAR	4	13,3	13,3	30,0
	BUENA	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaborada por los autores.

Gráfico 3. Percepción de la calidad de vida en la deglución de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.



Fuente: Elaborado por autores

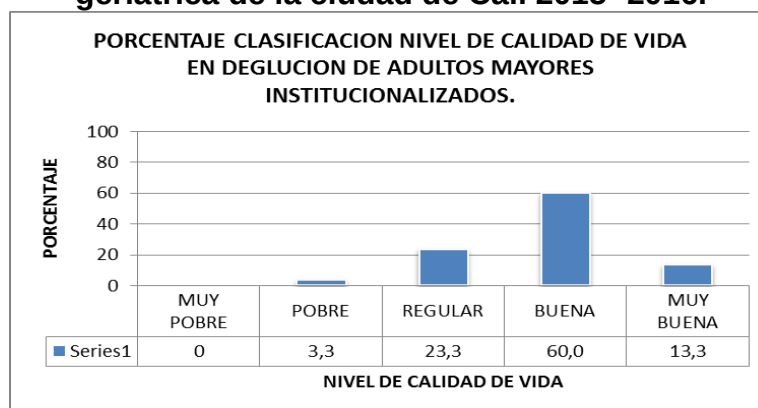
Teniendo en cuenta la escala de calificación del nivel de calidad de vida se clasificaron como: muy pobre los resultados entre 0 y 19% pobre de 20-39; regular de 40 a 59; como buena los resultados entre 60 a 79, y los resultados ente 80 y 100 como muy buena calidad de vida **(Ver Tabla 8)**. Teniendo en cuenta esta escala se encontró que los adultos mayores del hogar a los cuales se les aplicó el SWAL – QoL se ubicaron con un porcentaje de 60% en un nivel bueno de calidad de vida, un 23,3% en un nivel regular y solo un 3.3% dijeron tener un pobre nivel de calidad de vida **(Ver Gráfica 4)**.

Tabla 8. Calificación dominios test SWAL-QOL en un grupo de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

CALIFICACIÓN DOMINIOS TEST SWAL-QoL EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UN HOGAR GERIATRICO DE LA CIUDAD DE CALI 2016					
DOMINIOS SWAL-QoL	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
CONSECUENCIAS DE LA DISFAGIA	30	25,71	88,57	68,85	15,27
SINTOMAS FISICOS	30	38,57	90,00	63,38	12,54
ALT. DIETA	30	20,00	90,00	55,33	15,91
ALT. COMUNICACIÓN	30	30,00	100,00	70,66	19,10
MIEDO A ALIMENTARSE	30	30,00	100,00	67,33	18,18
SALUD MENTAL	30	24,00	100,00	65,60	16,66
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	30	20,00	83,33	61,33	14,34
SUEÑO FATIGA	30	28,00	88,00	56,26	15,29
NIVEL DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	30	33,64	83,18	65,18	11,71

Fuente: Elaborada por los autores.

Gráfico 4. Porcentaje de clasificación del nivel de calidad de vida en la deglución de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.



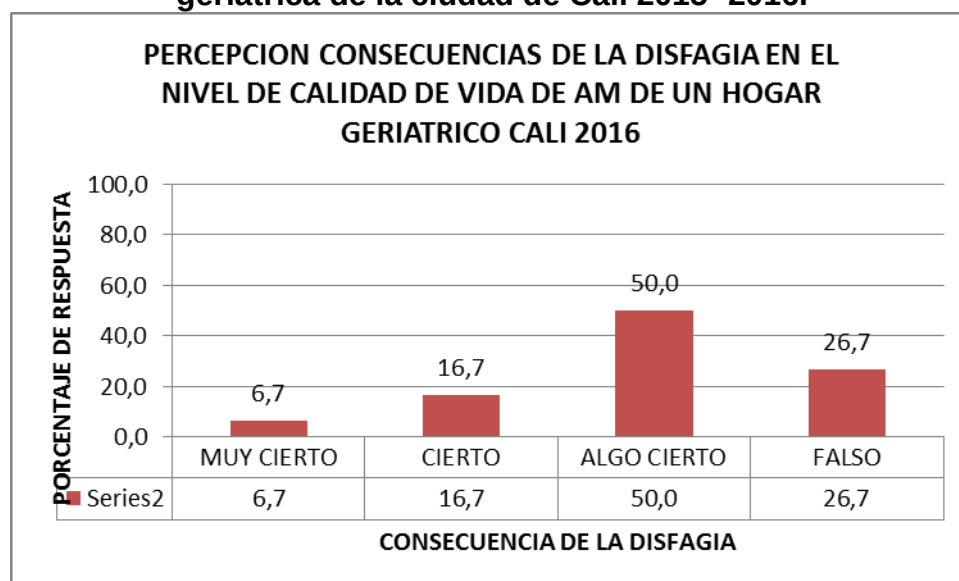
Fuente: Elaborada por los autores.

6.3.1. Dominio 1- Consecuencias de la Disfagia

En esta subvariable se calificaron las repercusiones que generó la disfagia en el desarrollo de actividades relacionadas con el proceso de ingesta de alimentos. Se valoró la dificultad para la alimentación, la preocupación que ésta generaba, el tiempo que se tardaba la persona en comer, la apatía que sentía la persona por los alimentos, el desagrado y la pérdida de apetito.

En los adultos mayores de la institución se encontró que 23 adultos mayores percibían que su problema de alimentación no desencadenaba consecuencias que alteraran su nivel de calidad de vida, con una media de respuesta de 68.8% y una desviación estándar de ± 15.27 . El 26.7% de los adultos mayores percibieron como "Falso" que su vida se afectaba por el problema de deglución; mientras que el 50% lo percibieron como "Algo Cierto" (**Ver Gráfico 5**), lo cual hace referencia a una "Buena" percepción de calidad de vida en la deglución para este dominio. (**Ver tabla 9**).

Gráfico 5. Dominio 1. Calificación de la percepción de las consecuencias de la Disfagia en los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

Tabla 9. Dominio 1. Calificación de la percepción de calidad de vida de las consecuencias de la Disfagia en los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

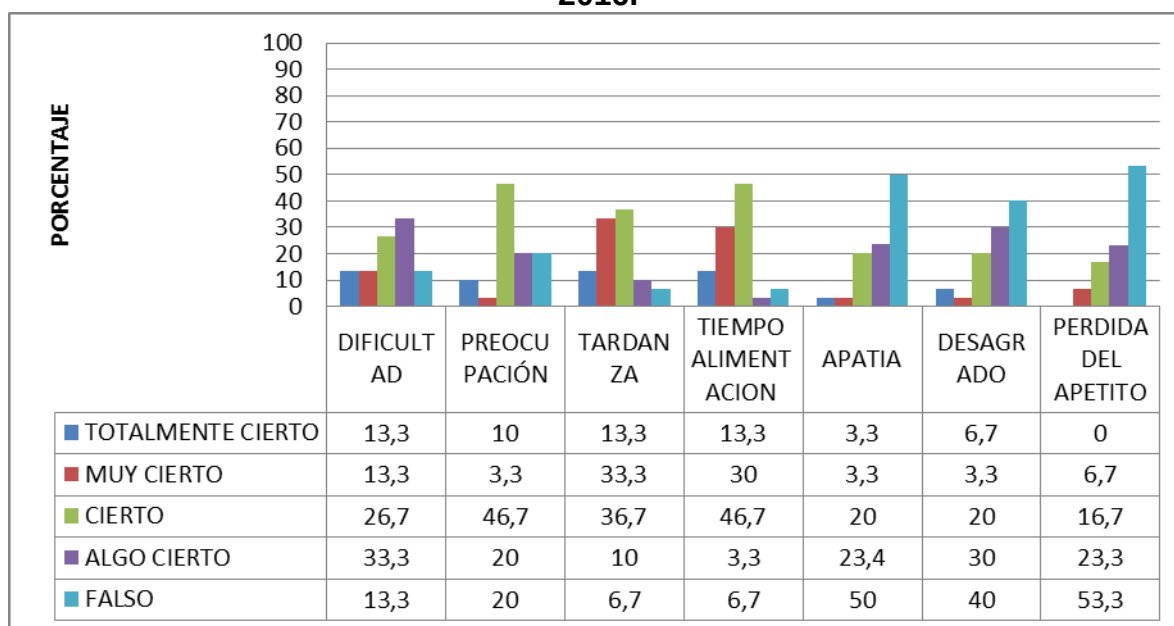
CONSECUENCIAS DE LA DISFAGIA		
	Frecuencia	Porcentaje
MUY CIERTO	2	6,7
CIERTO	5	16,7
ALGO CIERTO	15	50,0

FALSO	8	26,7
TOTAL	30	100,0

Fuente: Elaborada por los autores.

En este dominio se encontró que los adultos mayores percibían que debido a los problemas en el proceso de ingestión de alimentos contestaron como “Cierto” que presentaban preocupación (46.7%), incremento en el tiempo de alimentación (46.7%) y Tardanza (36.7%) en el proceso de alimentación y “Algo Cierto” frente a la dificultad para la alimentación (33.3%). Sin embargo para ellos, no genera apatía o desagrado el alimento, puesto que para los últimos tres ítems es “Falso” que la mayoría de los días no les importara comer (Apatía- 50%), no disfrutaran comiendo (Desagrado- 40%) o casi nunca tuviesen hambre (Pérdida de apetito - 53.3%) (**Ver Gráfico 6**).

Gráfico 6. Dominio 1. Consecuencias de la Disfagia en los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

6.3.2. Dominio 2- Síntomas Físicos

Los síntomas físicos corresponden a las sensaciones referidas por los adultos mayores relacionados con la dificultad para la ingestión de alimentos. En este dominio se encontró que los adultos mayores percibían su calidad de vida “Buena” con una media de 63.38 con desviación estándar de +/- 12.54. Sin embargo, en este dominio se encuentra una variabilidad en la respuesta dado que se tiene una respuesta mínima de 38.57 y un máximo de 90. Esto se corresponde con la medición cualitativa en la cual se encontró que el 53,3% de los adultos mayores

percibían que “Casi nunca” presentaban síntomas físicos y el 33.33 indicaban que “Algunas veces” experimentaban alguno de los síntomas **(Ver Tabla 10)**.

Tabla 10. Dominio 2. Síntomas físicos de los problemas de alimentación de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

**PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS FISICOS
RELACIONADOS A PROBLEMA DE
DEGLUCIÓN EN AM INSTITUCIONALIZADOS
CALI-2016.**

	Frecuencia	Porcentaje
FRECUENTEMENTE	1	3,3
ALGUNAS VECES	10	33,3
CASI NUNCA	16	53,3
NUNCA	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Elaborada por los autores.

Los adultos mayores institucionalizados señalaron que “Casi siempre” presentaban problemas de masticación con un porcentaje de 36.6% y residuos en boca con un porcentaje de 23.3%; mientras que reportaron experimentar “Frecuentemente” tos (23.3%), exceso de fluidos (23.3%), Babeo (23.3%), expulsión y derrame (20%), carraspeo y acumulación de residuos en garganta (20%). Adicionalmente, se encontró que “Algunas Veces” presentaban tos (53.3%) atoro con sólidos (50%) y líquidos (30%), así como incremento de salivación y flemas con un 70%. El síntoma que menos se presentaba fue la regurgitación con un 43.3%. **(Ver Gráfico 7)**.

Gráfico 7. Dominio 2. Síntomas Físicos de los problemas de alimentación los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.



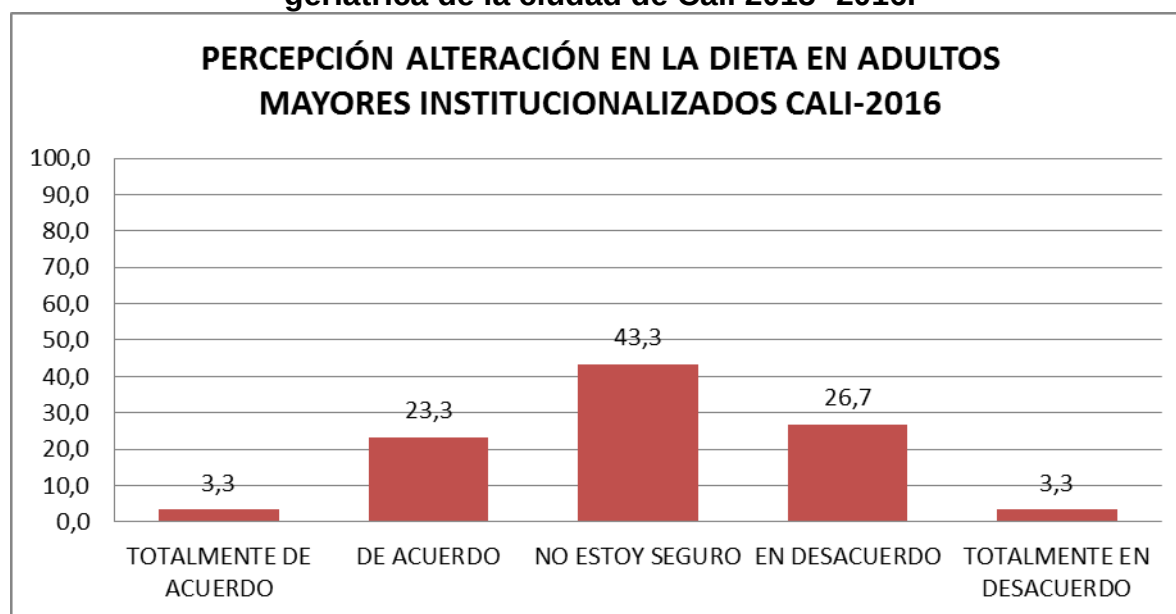
Fuente: Elaborada por los autores.

6.3.3. Dominio 3. Alteraciones de la Deglución en la dieta y Alimentación

En este dominio se valoró la forma en que las dificultades de alimentación afectaban la dieta y la selección de los alimentos. Se valoró el problema que se generaba al pensar en la comida y la satisfacción que estos generaban. Se encontró una media de respuesta de 55.3% con una desviación estándar de ± 15.91 indicando una percepción de calidad de vida “regular”. Esto evidenció que más de la mitad de los adultos mayores presentaban alteraciones en su dieta.

En cuanto a la escala de calificación se encontró que el 43.3% de los adultos mayores dijeron “No estar de seguros” de que las alteraciones en la deglución generaran problemas o desagrado en su dieta común **(Ver Gráfico 8)**.

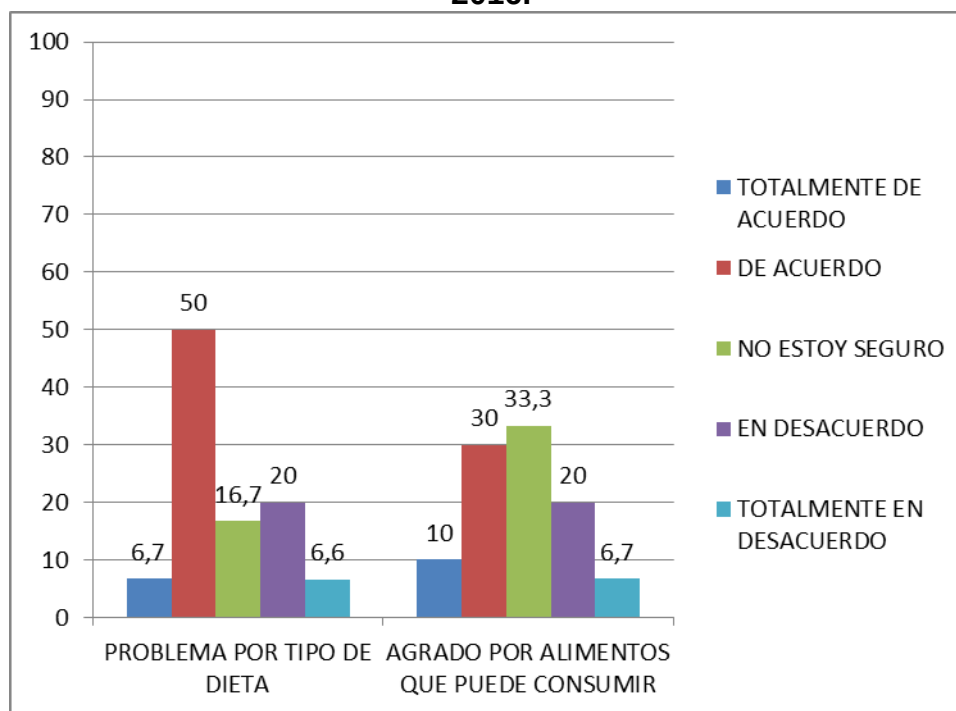
Gráfico 8. Dominio 3. Alteraciones en la dieta de los adultos mayores con problemas en la alimentación institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

En el Dominio de las Repercusiones de las Alteraciones de la Deglución en la Dieta y Alimentación, se identificó que los adultos mayores estaban “De acuerdo” con que su alteración en la deglución suponía un problema para poder escoger o ingerir ciertos alimentos (50%), igualmente consideraron que era difícil encontrar alimentos por los que sintieran preferencias y que pudieran comer. **(Ver Gráfico 9)**.

Gráfico 9. Dominio 3. Alteraciones en la dieta de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

6.3.4. Dominio 4. Alteraciones en la Comunicación

En este Dominio se calificó la forma en la que las dificultades de alimentación afectaban el proceso de comunicación, encontrándose una media de 70,6 con desviación estándar de 19.1 indicando una “Buena” percepción de calidad de vida.

Teniendo en cuenta la escala de calificación se evidenció que los participantes consideraban que su problema de alimentación “Pocas veces” influía en su comunicación con un 40% y “Nunca” con un 23.3% (ver tabla 11).

Tabla 11. Dominio 4. Alteraciones en la comunicación los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.

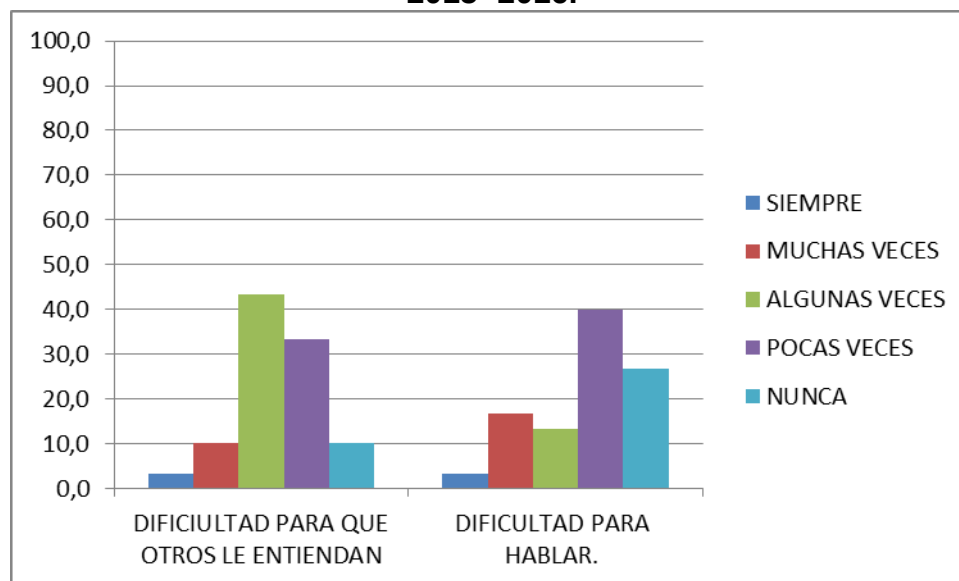
PERCEPCION DE LAS ALTERACIONES EN COMUNICACIÓN POR DIFICULTADES EN LA DEGLUCIÓN DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS		
	Frecuencia	Porcentaje

MUCHAS VECES	3	10,0
ALGUNAS VECES	8	26,7
POCAS VECES	12	40,0
NUNCA	7	23,3
Total	30	100,0

Fuente: Elaborada por los autores.

En las respuestas más frecuentes dadas por los participantes, se observó que para el 43.3% “Algunas veces” a otras personas les costaba mucho entender cuando los participantes hablaban y para el 40% “Pocas veces” les resultaba difícil hablar con claridad a sus interlocutores (**Ver Gráfico 10**).

Gráfico 10. Dominio 4. Alteraciones en la Comunicación de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.



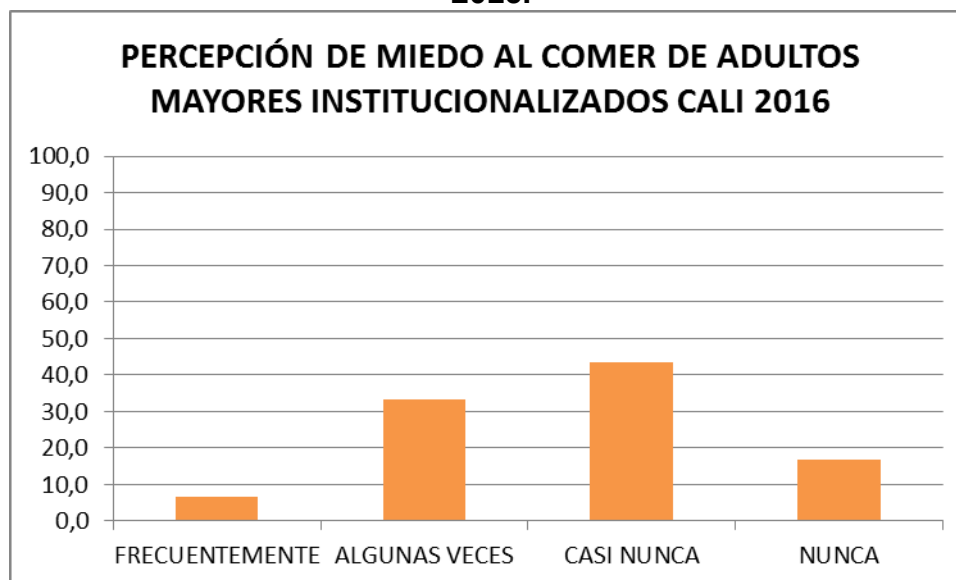
Fuente: Elaborada por los autores.

6.3.5. Dominio 5. Miedo al Alimentarse

En este apartado se valoraron algunas de las consecuencias que generaban las dificultades en el proceso de alimentación, como lo eran el temor, la preocupación al alimentarse y la adquisición de enfermedades. La recolección de la información permitió identificar que este dominio contó con una media de 67.3 y una desviación estándar de +/- 18.1 dando como resultado una “Buena” percepción de claidad de vida.

Se encontró al realizar la escala de calificación cualitativa que el 33.3% de las personas adultas mayores indicaron que “Algunas veces” experimentaron miedo al comer, mientras que el 43.3% “Casi nunca” lo experimentó. (**Ver Gráfico 11**).

Gráfico 11. Dominio 5. Miedo al alimentarse de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

Los resultados demuestran que el 60% de los adultos mayores “Algunas veces” tenían temor al alimentarse; mientras que “Casi nunca” o “Nunca” sintieron temor frente a la adquisición de neumonía (23.3% Y 30%) o el desconocimiento del momento de ahogo y/o atragantamiento (16.7% Y 36.7%) **(Ver tabla 12)**.

Tabla 12. Dominio 5. Miedo al Alimentarse de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.

	TEMOR A ATRAGANTARSE	POSIBILIDAD DE NEUMONIA	ATORO CON LIQUIDOS	DESCONOCIMIENTO DEL MOMENTO DE ATRAGANTARSE
CASI SIEMPRE	6,7	6,7	10,0	6,7
FRECUENTEMENTE	10	20,0	13,3	16,7
ALGUNAS VECES	60	20,0	43,3	23,2
CASI NUNCA	10	23,3	10,0	16,7
NUNCA	13,3	30,0	23,4	36,7

Fuente: Elaborada por los autores.

6.3.6. Dominio 6. Salud Mental

En este Dominio se evaluaron las repercusiones a nivel emocional y de salud mental que pudieron experimentar las personas adultas mayores con dificultades en el proceso de alimentación, encontrando que con una media de 65.6% con una desviación estándar +/- 16.6, experimentaron que el problema de deglución afectaba sus emociones.

En cuanto a la escala Likert se encontró que el 56.7% de los adultos mayores dijeron que “Raramente” presentaban repercusiones en su salud mental por sus dificultades en la alimentación y el 23.3% manifestó que “Algunas veces” lo experimentaban (**Ver tabla 13**).

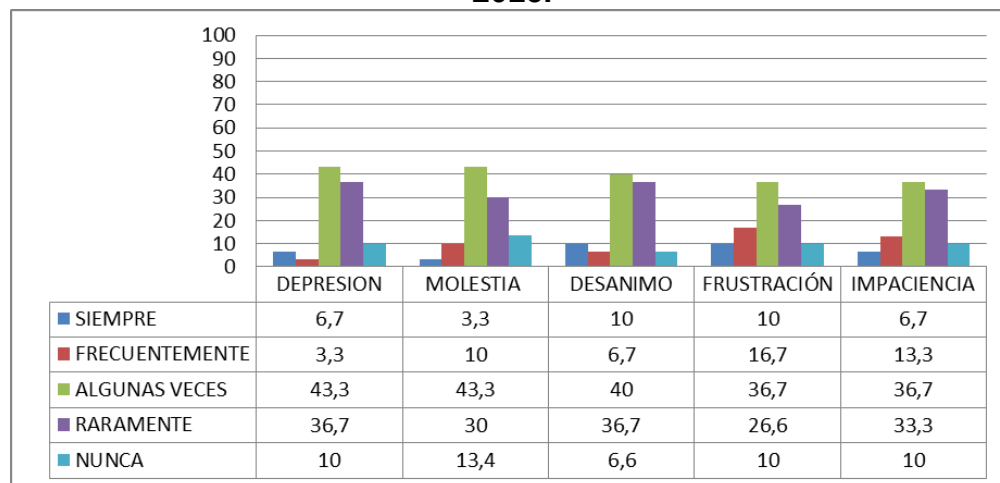
Tabla 13. Dominio 6. Salud mental de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.

PERCEPCIÓN INFLUENCIA PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN EN SALUD MENTAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
FRECUENTEMENTE	3	10,0	10,0
ALGUNAS VECES	7	23,3	33,3
RARAMENTE	17	56,7	90,0
NUNCA	3	10,0	100,0

Fuente: Elaborada por los autores.

Las respuestas más frecuentes establecidas por la población indicaron que el problema para tragar “Algunas veces” los deprimió (43.3%), molestó (43.3%), frustró (36.7%), desanimó (40%) y les generó impaciencia (36.7%) al tener que tomar tantas precauciones para comer o beber (**Ver Gráfico 12**).

Gráfico 12. Dominio 6. Salud mental de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

6.3.7. Dominio 7. Funcionamiento Social

En este componente se calificaron las limitaciones sociales que presentaban las personas con dificultades en el proceso de alimentación. Se tuvieron en cuenta aspectos como evitar socializar, presentar dificultades para relacionarse o cambios en las actividades cotidianas, no disfrutar de las reuniones sociales o experimentar cambios en el rol que se desempeñaban habitualmente. Los resultados obtenidos en este dominio permitieron identificar que una media de 61.3 con una desviación estándar ± 14.3 , de los participantes percibieron que su funcionamiento social no presentó afectación por su problema de deglución.

Teniendo en cuenta la escala Likert de calificación se encuentra una distribución similar para los valores de “No estoy seguro” con un 46.7% y “En desacuerdo” con un 43.3%, evidenciando que los adultos mayores institucionalizados no perciben cambios en sus hábitos ni roles sociales (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Dominio 7. Funcionamiento Social de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.

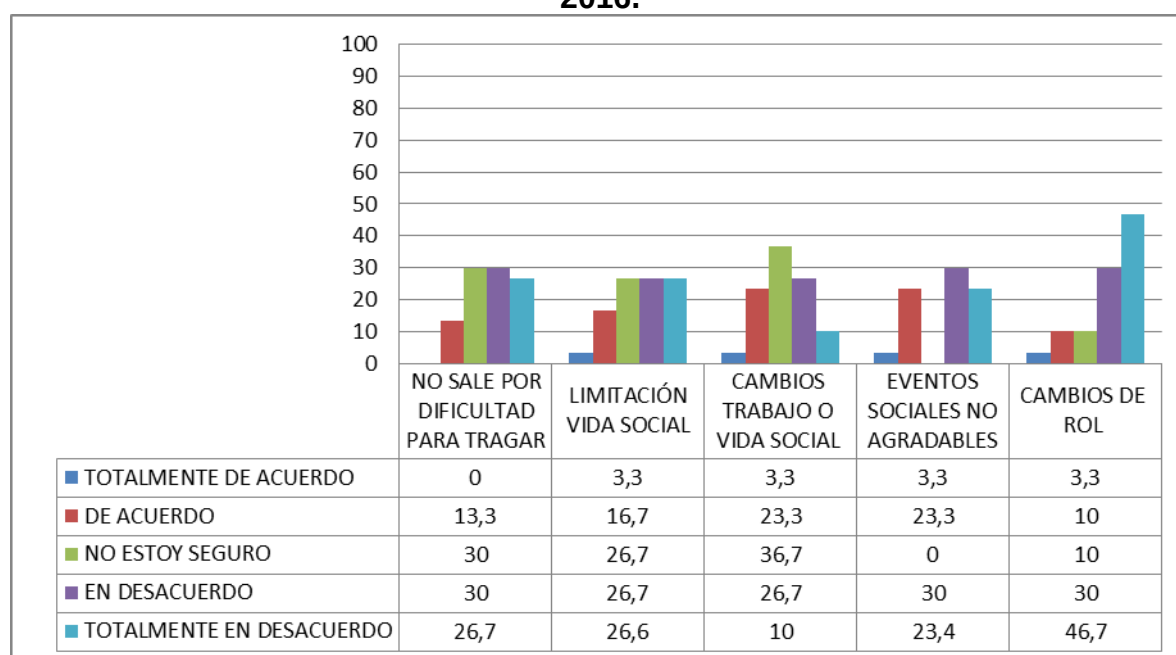
PERCEPCIÓN INFLUENCIA FUNCIONAMIENTO SOCIAL POR DIFICULTADES DE DEGLUCIÓN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CALI 2016			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	3,3	3,3

DE ACUERDO	1	3,3	6,7
NO ESTOY SEGURO	14	46,7	53,3
EN DESACUERDO	13	43,3	96,7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3,3	100,0

Fuente: Elaborada por los autores.

En este dominio se encontró que los adultos mayores institucionalizados presentan alteraciones en sus actividades sociales encontrando que el 36.7% “No estaban seguros” si las actividades habituales cambiaron debido a los problemas de deglución, asimismo, el 23,3% manifestó estar “De acuerdo” en que no disfrutaba de las reuniones sociales por el mismo motivo. (Ver gráfica 13).

Gráfico 13. Dominio 7. Funcionamiento Social de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

6.3.8. Dominio 8: Sueño - Fatiga

Este dominio presenta resultados relacionados con la debilidad, el cansancio, el agotamiento y la capacidad para conciliar o mantener el sueño. A partir de ello se identificó que el 56.27 (+/- 15.2) de personas refirieron percibir que su problema de deglución afectaba su nivel de fatigabilidad.

Al realizar el análisis de la escala de calificación se encontró que el 50% de los adultos mayores considero que su problema de deglución “Algunas veces” les desencadena fatigabilidad o cansancio, el 30% “Pocas veces”, 13.3% “Muchas veces” y 6.7% “Nunca” presentaron alguno de esos síntomas (**Ver tabla 15**).

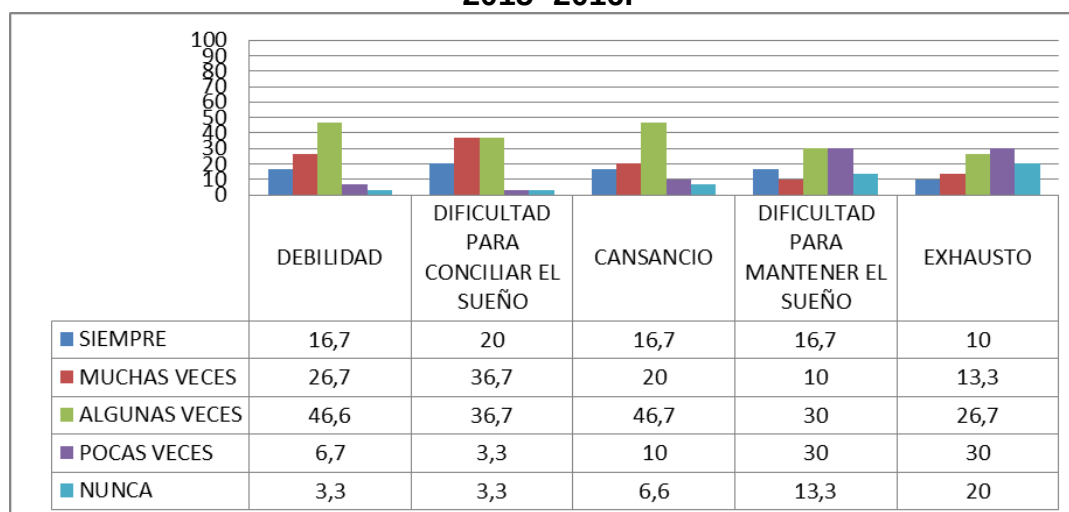
Tabla 15. Dominio 8. Sueño – Fatiga de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015-2016.

PERCEPCIÓN INFLUENCIA DEL PROBLEMA DE DEGLUCIÓN EN GRADO DE FATIGABILIDAD			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MUCHAS VECES	4	13,3	13,3
ALGUNAS VECES	15	50,0	63,3
POCAS VECES	9	30,0	93,3
NUNCA	2	6,7	100,0

Fuente: Elaborada por los autores.

Las respuestas del Dominio Sueño – Fatiga indicaron que el 36.7% de los adultos mayores presentaron “Muchas veces” dificultad para conciliar el sueño y el 46,7% presentaron debilidad y cansancio “Algunas veces”. En contraste, el 30% percibió que su dificultad para deglución “Pocas veces” generaba que se sintieran exhaustos (**Ver Gráfico 14**).

Gráfico 14. Dominio 8. Calificación General del sueño – fatiga de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.



Fuente: Elaborada por los autores.

6.4 Percepción de calidad de vida de los adultos mayores según el tipo de alteración en las diferentes fases de la alimentación

A continuación se presenta la percepción de calidad de vida indicada por los participantes acorde a las alteraciones en las fases de la deglución; se identificó que a partir de los reportes encontrados en la historia clínica y el servicio de Fonoaudiología que brinda la institución, los adultos mayores que presentaron una alteración en la fase anticipatoria se conformó por una cantidad poblacional no significativa para establecer una relación de percepción de calidad de vida con los dominios del cuestionario SWAL-QoL, al igual que en la fase faríngea, en la que no se hallaron participantes que tuvieron este reporte y dieran cumplimiento a los criterios de inclusión establecidos para la investigación.

En este orden de ideas, en la fase preparatoria, los adultos mayores obtuvieron una percepción de calidad de vida con una media de 65.18 con una desviación estándar de 11.7. Las personas adultas mayores que presentaban alteraciones en dicha fase obtuvieron una media de 59.09 con una desviación ± 11.27 indicando una percepción de calidad de vida “Regular”, mientras que aquellos que tenían la fase descrita como normal, obtuvieron una media de 71.27 y una desviación típica de ± 8.82 estableciendo una percepción de calidad de vida como “Buena” (**Ver tabla 16**).

Tabla 16. Calificación de la percepción de calidad de vida de acuerdo a la fase preparatoria de la deglución de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LA FASE PREPARATORIA

ESTADO	Media	Desv. típ.
NORMAL	71,2720	8,82947
ALTERADA	59,0920	11,27226
Total	65,1820	11,71937

Fuente: Elaborada por los autores.

En cuanto a la percepción de calidad de vida con relación a la fase oral, se identificó que los adultos mayores calificaron su percepción de calidad de vida con una media de 65.186 y una desviación estándar de 11.71; por su parte, quienes no presentaron alteraciones en el reporte determinaron su percepción de calidad de vida con una media de 71.78 y una desviación típica de 8.77 siendo calificada como buena, frente a quienes tenían alteraciones en esta fase que obtuvieron una

media de calificación de 57.63 con una desviación estándar de +/- 10.11 indicando una percepción de calidad de vida “Regular” (Ver tabla 17).

Tabla 17. Calificación de la percepción de calidad de vida de acuerdo a la fase oral de la deglución de los adultos mayores institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LA FASE ORAL

ESTADO	Media	Desv. típ.
NORMAL	71,7894	8,77753
ALTERADA	57,6307	10,11651
Total	65,1820	11,71937

Fuente: Elaborada por los autores.

6.4.1. Percepción de calidad de vida en los dominios de los adultos mayores según el tipo de alteración en las diferentes fases de la alimentación

Al realizar el análisis del nivel de calidad de vida con las alteraciones en la fase preparatoria se encontró que el nivel de percepción de calidad de vida que mayor afectación presentó fue: alteraciones en la dieta con una media de 61.33 +/- 14.07; funcionamiento social con una media de 66.44 +/- 11.22 y sueño y fatiga con una media de 60.27 +/- 16.59; sin embargo se observa que los desórdenes en esta fase de la deglución no afectaba de manera significativa la percepción de calidad de vida, siendo mejor la media de respuestas en los dominios con respecto a los adultos mayores que no presentaban alteraciones en dicha fase, pero que al revisar la base de datos se encontraban con alteraciones en la fase oral de la deglución (Ver tabla 18).

Tabla 18. Nivel de percepción de calidad de vida de los adultos mayores con desordenes en la fase preparatoria institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

NIVEL DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE DEGLUCIÓN EN DESORDENES DE LA FASE PREPARATORIA

	NORMAL	ALTERADA
	MEDIA +/-DS	MEDIA +/-DS
CONSECUENCIAS	60,38 +/- 16,08	77,33 +/- 8,39
SINTOMAS	58,47 +/- 13,43	68,28 +/- 9,67
ALT. DIETA	49,33 +/- 15,79	61,33 +/- 14,07

ALT. COMUNICACIÓN	68,66 +/- 19,22	72,66 +/- 19,44
MIEDO	61,33 +/- 1787	73,33 +/- 16,97
SALUD MENTAL	55,73 +/- 14,45	75,46 +/- 12,54
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	56,22 +/- 15,68	66,44 +/- 11,22
SUEÑO	52,27 +/- 11,85	60,27 +/- 16,59

Fuente: Elabora por los autores

A partir de los resultados obtenidos en la calificación de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados con problemas en la alimentación, se identificó que en las personas que presentaban problemas o alteraciones en la fase oral se disminuía o empeoraba la percepción de calidad de vida en todos los dominios. Se encontró que los dominios con peor calificación fueron: alteraciones en la dieta con una media de 51.42 repercutiendo esto además en la salud mental o emociones con un 56.57 y con las restricciones en las actividades sociales con un 54.52 y de fatigabilidad con un 52.29. Lo cual evidencia el peso que tienen las fases bajas en el nivel de percepción de calidad de vida (**Ver tabla 19**).

Tabla 19. Nivel de percepción de calidad de vida de los adultos mayores con desordenes en la fase oral institucionalizados en una institución geriátrica de la ciudad de Cali 2015- 2016.

**NIVEL DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE DEGLUCIÓN EN
DESORDENES DE LA FASE ORAL**

	NORMAL	ALTERADA
	MEDIA +/-DS	MEDIA +/-DS
CONSECUENCIAS	76,96 +/- 8,2	59,59 +/- 16,38
SINTOMAS	69,64 +/-10,81	56,22 +/-10,61
ALT. DIETA	58,75 +/- 17,07	51,42 +/- 14,06
ALT. COMUNICACIÓN	74,37 +/- 19,9	66,42 +/- 17,80
MIEDO	75 +/- 17,7	58,57 +/- 14,86

SALUD MENTAL	75,25 +/- 12,15	54,57 +/- 14,25
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	67,29 +/- 11,3	54,52 +/- 14,71
SUEÑO	59,75 +/- 17,12	52,29 +/- 12,3

Fuente: Elaborada por los autores.

7. DISCUSIÓN

Las alteraciones del proceso de ingestión de alimentos en la población de adultos mayores se presentan con frecuencia debido a los cambios fisiológicos y anatómicos a los que se enfrentan. En la literatura se evidencia una prevalencia de 51% entre 1.221 adultos mayores institucionalizados(72). Asimismo, otros estudios indican que dicho trastorno afecta entre el 56% y 78%(73), e incluso el 69% presentan signos clínicos de disfagia acompañado de un menor estatus funcional y mayores enfermedades asociadas (74).

En relación a las fases de la deglución se ha reportado que las fases preparatoria y oral son las más afectadas, esto se explica por la pérdida de los dientes (edentulismo), el uso de prótesis dentales mal adaptadas, xerostomía, entre otras; generando así alteraciones del proceso de masticación; debido a que el procesamiento del alimento se ve afectado, se considera que se produce una disfagia oromotora(75).

En el presente estudio se encontró que dichas fases también fueron reportadas como alteradas; en la fase preparatoria se evidenció que 15 (50%) de los participantes presentan alteraciones en ella, dado que la mayoría contaban con prótesis dentales mal adaptadas o incompletas; o presentaban ausencia de piezas dentales, situación que desencadenó el reporte de dificultades en la masticación; siendo este aspecto uno de los que obtuvo una peor calificación, indicando que la respuesta más frecuente fue “Casi siempre” con 36.6% haciendo alusión a dicho síntoma. Con respecto al síntoma de regurgitación que obtuvo una mejor calificación, se encontró que “Nunca” lo experimentaban con un porcentaje de 43.3. Sin embargo, la pérdida de la eficiencia masticatoria se puede compensar a través de un aumento de la duración de la masticación(76). En la fase oral se obtuvo que 14 (46.7%) de los participantes presentaban alteraciones, esto se puede desencadenar por la reducción de la sensibilidad oral, la escasa producción de saliva que repercute en pobre acomodación, control y propulsión del bolo alimenticio(77).

En la literatura se encuentra que la eficiencia al masticar se reduce de 30 a 55% cuando se lleva prótesis dentales, limitando también las sensaciones gustativas y la sensibilidad oral(78). Asimismo, algunos autores establecen que los problemas en la masticación generan dificultades en el proceso de alimentación, ya que limitan la gama de alimentos consumibles, por lo que los individuos consumen de preferencia alimentos suaves y eliminan de su dieta los que son difíciles de masticar, lo que se traduce en una alimentación deficiente, debido a que los alimentos que se evitan con mayor frecuencia, son ricos en proteínas y fibras. Por otro lado, la pérdida de dientes incide en la autoestima y en la comunicación con las demás personas, esto último por alteraciones de la articulación del habla, siendo estos aspectos los que influyen de forma negativa en la calidad de vida de la población(79).

Las dificultades en la alimentación generan alteraciones en todos los aspectos de la vida, por ejemplo la disminución de la condición de salud, una esfera social afectada por la modificación en la dieta, debido a que los síntomas desencadenan restricción en la participación de los adultos mayores porque evitan comer en compañía de otras personas e incluso adquieren mayor dependencia de sus cuidadores(74). El aspecto psicológico también puede llegar a afectarse, haciéndose presentes sentimientos de ansiedad y depresión(80).

Igualmente, se pueden afectar componentes emocionales como la autoestima, la seguridad, la comunicación y la capacidad de trabajo, se ha documentado que a medida que las personas mayores se adentran en edades más avanzadas podrían percibir un menor control sobre los distintos aspectos de su vida, puesto que se ha comprobado que la salud constituye un factor de gran influencia sobre el bienestar emocional, con un papel esencial en la calidad de vida de este grupo poblacional(81), todos estos como factores que afectan la calidad de vida(7) de los adultos mayores, dado que el proceso de alimentación cumple una función social, gracias a que se desarrolla en el seno de una comunidad, estableciendo múltiples conexiones con los procesos económicos, productivos, comerciales y sociales(82). Es decir, que es un acto totalmente social, que permite un comportamiento acorde a los hábitos y creencias según las estructuras sociales locales, roles y estatus, para ser así concebido como un evento cultural con gran valor y un hecho de conciencia y de poder(83).

El cuestionario SWAL-QoL se considera como una herramienta fiable para medir la calidad de vida en pacientes con disfagia (10), éste es llamado el “gold standard” que permite determinar la calidad de vida en dichos pacientes. Se ha documentado que los adultos mayores presentan factores de riesgo tales como: depresión, aislamiento social, ignorancia nutricional o pobreza que a su vez, influyen determinadamente en aspectos nutricionales, sensoriales, en enfermedades gastrointestinales o trastornos como la disfagia y también a nivel motor e incluso mental que afectan la calidad de vida(84). En general, los adultos mayores experimentan diversos cambios que incrementan significativamente la morbilidad ya que se encuentran propensos a padecer patologías subyacentes que retrasan la recuperación de las enfermedades que padecen, aumentan la dependencia y afectan la calidad de vida(85).

Por tanto, en la presente investigación se empleó el cuestionario y se encontró que el Dominio Síntomas Físicos, resultó en una calificación de “Buena” con una media de 63.38 con una Desviación típica de 12.54. Esto se relaciona con otros estudios, donde se establece que el proceso de alimentación del adulto mayor sufre una degeneración fisiológica del mecanismo, debido a sus variaciones anatómicas y sensoriales que influyen en la modificación de las fases de la deglución, presentando como consecuencias dificultades en el manejo oral de algunas consistencias y la experimentación de síntomas como el enlentecimiento de la masticación, disminución de la saliva, restos de comida en boca, entre otros(86).

Otros de los síntomas que obtuvieron una mala calificación en este dominio fueron: la tos, el ahogo y el reflejo de deglución, esto se relaciona con investigaciones donde se reportó que en las personas mayores, los músculos esqueléticos tienden a atrofiarse afectando especialmente a los músculos de la boca, la garganta, la respiración y la parte abdominal, por lo que la tos es menos eficaz y esto puede suponer un peligro para la protección de la vía aérea(78). Sin embargo, llama la atención que estos síntomas son considerados factores de riesgo para la fase faríngea la cual fue reportada sin alteraciones en el estudio, como se mencionó anteriormente en el apartado de resultados dados los criterios de inclusión y las condiciones en las que se recogieron los datos de la historia clínica; lo que contrasta con investigaciones realizadas con el SWAL-QoL donde se ha encontrado que las personas con disfagia orofaríngea también presentan una pobre percepción de calidad de vida(10).

En el Dominio Alteraciones en la Dieta en el que se valora el problema o satisfacción que se genera al pensar en la comida. Se encontró una media de 61.33 con una Desviación típica de ± 14.07 para la población que presentaba alteraciones en la fase preparatoria, mientras que en la fase oral se obtuvo una media de 51.42 con Desviación de ± 14.06 , indicando que en ésta última fase se obtuvo una percepción de calidad de vida “Regular” en dicho dominio influido por la dieta. Lo anterior se relaciona con información encontrada en donde el envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer malnutrición por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, polifarmacia, depresión, entre otros(87). Adicionalmente, debido a los cambios anatomofisiológicos experimentados en esta edad, se debe hacer una selección a su dieta comprometiendo su nutrición natural, el número de ingestiones diarias y la disposición para ingerir alimentos con diferentes texturas. A medida que pierden sus piezas dentarias y deben utilizar prótesis, disminuye su eficiencia masticatoria. Las diferencias en la frecuencia de ingestión dependen de la integridad del aparato masticatorio. Además, se ha verificado que en los ancianos los cambios propios de la edad comprometen la función sensorial oral, disminuyendo significativamente la percepción de los sabores, de la dureza y la textura de los alimentos y por consiguiente decrece su interés por alimentarse(88).

Por su parte se encontró que en el Dominio de Funcionamiento Social se obtuvo un porcentaje de 61.3 con desviación estándar de ± 14.39 , indicando una percepción de calidad de vida “Buena” en la población participante; en la fase preparatoria se obtuvo una media de 66.44 con desviación estándar de ± 11.22 , mientras que en la fase oral se identificó una media de 54.52 y desviación de ± 14.71 concluyendo en una “Regular” percepción de calidad de vida en esta fase. Esto puede deberse a que la población se encuentra institucionalizada y sus actividades o rutina diaria se desarrollan dentro de la institución. La Organización Mundial de la Salud ha definido la salud del anciano por su capacidad para

funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente. Así, la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social(89). En concordancia a lo encontrado en este estudio, en la literatura se identifica que este funcionamiento tiende a disminuir en este grupo poblacional, reforzando la marginación social y el deterioro en la calidad de vida, dado que en esta etapa se presenta una disminución inicial del contacto con familiares y amistades, relacionada con las limitaciones que aparecen a nivel de salud y que pueden perjudicar el contacto con otros. De este modo, la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además, contribuye en la integración en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo y el uso del lenguaje verbal y no verbal para su proceso comunicativo con los interlocutores, influyendo de forma positiva en la mejora de su calidad de vida(90).

En relación al Dominio Sueño-Fatiga, el cual evalúa aspectos relacionados con la debilidad, el cansancio, el agotamiento y la capacidad para conciliar o mantener el sueño, se encontró que contaba con una media de 56.27 y una desviación de ± 15.2 ; en la fase preparatoria se identificó una media de 60.27 con una Desviación de ± 16.59 , mientras que en la fase Oral se obtuvo una media de 52.29 con una desviación ± 12.3 , concluyendo que al presentar alteraciones en la ase oral, la población refirió percibir su calidad de vida de manera “Regular”. En particular, el cansancio, y la percepción subjetiva de este, en el desempeño de las actividades diarias se ha examinado, y entre las personas de edad avanzada, se ha encontrado que es un factor determinante para considerar que se tiene una deficiente calidad de vida(91). En relación a este estudio, se encontró como señala la literatura, que es una condición propia de los adultos mayores, y desde su propia apreciación, afecta significativamente su calidad de vida.

Los autores también señalan que en los adultos mayores, el cansancio y la fatiga predicen desarrollo de discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria, y más altos niveles de fatiga se han asociado con la depresión, peor percepción de salud, y más alto número de condiciones médicas. El insomnio y otros trastornos del sueño también son comunes en la vejez, con una tasa de prevalencia tan alta del 50%(92), debido a que el envejecimiento supone un adelanto del ritmo circadiano que controla los ciclos sueño-vigilia por lo que las personas mayores tienden a acostarse pronto y despertarse más temprano encontrando muchas dificultades para volver a dormir(85), con el envejecimiento hay una reducción significativa de la función hipotalámica y supraquiasmática que junto a la reducción de la secreción nocturna de melatonina contribuyen a estos trastornos del sueño(93).

En contraste con lo anterior, el dominio con mejor percepción de calidad de vida fue Alteraciones en la comunicación, dado que los adultos mayores consideraban que hablaban con claridad y que los demás les entendían al hablar. Se obtuvo una

media de 70.6 y desviación de ± 19.1 . Concluyendo con un resultado de una media de 72.66 con una Desviación ± 19.44 en la población con alteraciones en la fase preparatoria y una media de 66.42 con una Desviación ± 17.80 en la fase oral, determinando para ambas una percepción de calidad de vida “Buena”. Lo anterior, se asemeja con un estudio en el cual se mostró que la mayor parte de adultos mayores encontraban una evaluación positiva de sus propias voces manifestándolo en la forma de comunicarse, por lo que esto no se considera que afecte directamente la calidad de vida del adulto(94).

Al comparar con otros estudios realizados con el SWAL-QoL se encuentra que el Funcionamiento social es uno de los dominios mejor calificados en la población adulta mayor, al igual que el Dominio Salud mental; mientras que el Dominio de Alteraciones en la comunicación es uno de los más afectados, obteniendo calificaciones disminuidas para la percepción de Calidad de Vida. Esto puede deberse a la diferencia contextual y cultural en la que es partícipe la población objeto de estudio, y los facilitadores y barreras que se presentaron en dicho entorno(25-95).

Para concluir, el estudio de la calidad de vida ofrece una visión importante sobre el impacto que tienen determinadas enfermedades sobre la salud general de las personas. En diversos estudios y en especial en los que hacen referencia a las enfermedades crónicas se menciona que aporta una medida global del impacto de la enfermedad y ayuda en la toma de decisiones clínicas(17). Frente a lo anterior, en el estudio se identificó que en la calificación global de los dominios, de los 30 adultos mayores equivalentes al total de la muestra, 21 (70%) percibían como “Buena” su calidad de vida frente a las dificultades de alimentación; 4 (13,3%) personas percibían una calidad de vida “Regular” y 5 (16,7%) indicaron percibir su calidad de vida como “Pobre”.

En este orden de ideas, se considera que las dificultades para deglutir alimentos y bebidas son un problema en la vida de muchas personas, constituyendo un claro detrimento en su calidad de vida, sobre todo en adultos mayores(9). Lo anterior indica que, la calidad de vida es un factor importante que debe ser empleado como un indicador global de la evolución de las personas, dado que se ha incorporado a la salud y a las investigaciones sociales. Esta es inevitablemente subjetiva y no es visible por los demás, ya que abarca la percepción de un individuo respecto a su posición en la vida en términos de cultura, sistema de valores en el que las personas viven, objetivos, expectativas, normas y prioridades. Sin embargo, en los campos médicos y de salud, la calidad de vida relacionada con la salud ha atraído cada vez más la atención en los últimos años puesto que, es una parte importante en el proceso de evaluación y de intervención para el apoyo oportuno y eficaz(96).

Finalmente, en el estudio se identificó que los adultos mayores que presentaron alteraciones en la fase preparatoria y aquellos que tenían alteraciones en la fase oral, obtuvieron una percepción de calidad de vida “Regular” con una media de 59.09 con una desviación ± 11.27 y 57.63 con una desviación estándar de $\pm$

10.11 respectivamente. Al comparar estos resultados con otras investigaciones que han empleado y validado el cuestionario SWAL-QoL, se encuentra que las personas con disfagia y trastornos en el proceso de ingestión de alimentos también han calificado con bajos puntajes los diferentes dominios, indicando una regular o pobre percepción de calidad de vida, lo que se encuentra en concordancia con los resultados obtenidos a partir de este estudio(97-98-25).

8. CONCLUSIONES

- En general, los adultos mayores institucionalizados que participaron en la investigación, que cumplían con los criterios de inclusión y respondieron al cuestionario, presentaron una percepción de calidad de vida “buena” debido a los facilitadores que provee la institución, pues la prestación de servicios tales como: Fonoaudiología, Medicina General, Nutrición, Enfermería y Trabajo social, entre otros, promueven la interacción, velan por el bienestar del adulto mayor, responden a sus necesidades e influyen de manera positiva en su desempeño cotidiano y por lo tanto en la calidad de vida de cada adulto.
- La dieta es uno de los factores que más se altera en los adultos mayores debido a las dificultades de alimentación que se presentan en esta etapa de la vida, sin embargo, las modificaciones en la dieta, adaptación en la presentación de los alimentos, monitoreo durante la actividad de alimentación y control y seguimiento del estado de salud de cada persona, permiten que los adultos no perciban de forma negativa o “pobre” su calidad de vida.
- La población adulta mayor continuará creciendo cada día con rapidez, de ahí la importancia de generar planes de atención para identificar y suplir necesidades que les permitan tener una mejor calidad de vida.
- Los instrumentos de evaluación de la percepción de calidad de vida y la evaluación del proceso de alimentación permiten reconocer las características de la población, al igual que identificar sus necesidades y con ello desarrollar planes de intervención, estrategias o facilitadores integrales encaminados a mejorar el nivel de calidad de vida puesto que este es un factor importante que debe ser empleado como un indicador global de la evolución de las personas.
- Es resaltable el servicio que se brinda desde el área de Fonoaudiología, pues a través de este es posible efectuar actividades de promoción y prevención que permiten identificar necesidades específicas en los adultos mayores y posteriormente brindar respuesta a ello.
- Es importante seguir contando con el apoyo constante del profesional en Fonoaudiología en el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E, ya que éste influirá de manera directa tanto en la percepción de calidad de vida en lo relacionado con las dificultades en el proceso de ingestión de alimentos, como en la potenciación de los Dominios mejor calificados, específicamente en el de comunicación y funcionamiento social, dado que estos aspectos son relevantes y favorecen el desempeño y la participación en comunidad favoreciendo una mejor calidad de vida.

- Es relevante contar con un grupo interdisciplinar en el que participen profesionales como el fonoaudiólogo, los enfermeros y nutricionistas para ejecutar actividades de promoción y prevención relacionadas con el proceso de alimentación, y así contribuir de forma significativa en la calidad de vida de los adultos mayores

9. RECOMENDACIONES

- Para estudios futuros y/o similares, se sugiere que los investigadores apliquen el cuestionario SWAL-QoL y sean los mismos que determinen o evalúen el proceso de ingestión de alimentos y cada una de las fases de deglución para que de esta manera se eviten posibles sesgos en los resultados.
- Sería apropiado aplicar este cuestionario en adultos mayores que no se encuentren institucionalizados y presenten algún tipo de disfagia o alteración en el proceso de ingestión de alimentos y de esta forma establecer diferencias entre tales grupos poblacionales.
- Para futuros estudios en los que se emplee y aplique el cuestionario SWAL-QoL se recomienda contar con participantes que presenten alteraciones en la fase faríngea y con ello determinar cómo éstas logran influir o afectar la percepción de calidad de vida en la deglución.
- Para complementar este estudio es importante llevar a cabo un ejercicio de observación que determine o caracterice el nivel de participación de la población en actividades de alimentación, y de esta forma evidenciar el entorno en el cual participan los adultos mayores

10.ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el proyecto de investigación *“Caracterización de la Percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Institucionalizados con Dificultades en el proceso de Alimentación”*.

Investigadoras principales:

Indira Vanessa Palomino Blandón

Jenny Paz Domínguez

Janeth Andrea Quintero Urresta

Juliana Ramos Chacón

Directora: Rosa Virginia Mora

Institución ejecutora: Universidad del Valle

Apreciado señor(a):

Las estudiantes del Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Valle, Indira Vanessa Palomino, Jenny Paz, Janeth Quintero y Juliana Ramos, bajo la dirección de la profesora Rosa Virginia Mora, se encuentran desarrollando la investigación denominada: “CARACTERIZACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS CON DIFICULTADES EN EL PROCESO DE ALIMENTACIÓN”, que busca determinar la percepción de calidad de vida en la alimentación que tienen los adultos mayores residentes en una institución geriátrica de la Ciudad de Cali.

Dicho estudio contribuirá a la investigación de un área poco abordada, como lo es la aproximación a los procesos de ingestión de alimentos, desde la percepción que tienen los adultos mayores en lo relacionado con las dificultades, a nivel social, comunicativo, emocional y físico.

En el presente estudio, se espera contar con la participación total de 30 personas entre hombres y mujeres, para la aplicación del cuestionario denominado SWAL – QoL que se aplica de forma autoadministrada, evalúa la percepción de calidad de vida en las personas e identifica individuos con alteraciones en la alimentación;

consta de 44 ítems o preguntas divididos en ocho dominios que consideran aspectos como: las consecuencias de las alteraciones en la deglución, los síntomas físicos relacionados con la deglución, repercusiones de las alteraciones de la deglución en la dieta y alimentación, alteraciones en la comunicación, miedo al alimentarse, la salud mental, el funcionamiento social y el sueño/fatiga. El procedimiento tendrá una duración de 30 minutos, su responsabilidad consiste en el diligenciamiento de las preguntas que allí se encuentran. Éste será resuelto en el espacio designado por la institución para realizar reuniones o visitas. Durante este proceso no se someterá a ningún tipo de procedimiento invasivo, ni que represente riesgo biológico, físico, psicológico, emocional, social o legal.

Recuerde que su participación es voluntaria, no incurrirá en gastos por concepto de movilidad o alimentación, ya que se cuenta con los espacios necesarios dentro la Institución para el desarrollo y ejecución del cuestionario, no habrá compensación monetaria o de ninguna otra clase por la vinculación a esta investigación y cualquier clase de costo adicional será asumido por los investigadores a cargo. La retribución por participar voluntariamente consiste, en la entrega de los resultados obtenidos al analizar la información recolectada así como la socialización de la investigación.

La garantía de confidencialidad, radica en que las investigadoras asignarán una carpeta para depositar los consentimientos informados diligenciados, en otra depositarán los cuestionarios resueltos que estarán enumerados de manera que no se especifique ningún dato como nombre, cédula, foto o teléfono y posteriormente se registrará la información obtenida de dicho cuestionario en una base de datos, a esta solo se podrá acceder mediante una contraseña que a su vez será custodiada por las investigadoras y la directora del proyecto.

Las circunstancias por las que terminaría la investigación corresponden a su deseo de continuar o en caso de que peligrara su condición de salud bajo la realización del cuestionario, por lo que puede retirarse en cualquier momento de las fases del estudio. Asimismo, podrá solicitar aclaración o información adicional tanto a las investigadoras como a la docente directora, si llegara a requerirlo. Adicionalmente, podrá acompañarse de una persona que le permita interpretar lo consignado en el cuestionario así como responder a los ítems presentados.

Al participar del estudio, usted tendrá el derecho a que se le suministre toda la información obtenida durante la investigación, así como a conocer algún cambio en la metodología o diseño del mismo, en caso de presentarse. Una vez entendido esto, se suministra de manera física copia de este documento al voluntario que hará parte de esta investigación, con el fin de tener soporte del mismo.

De igual manera, se autoriza la utilización de los datos recolectados en este estudio, para la realización de estudios similares de investigación a futuro, previa aprobación del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Adicionalmente, se recuerda que si usted llegara a tener alguna inquietud, puede dirigirse a las estudiantes encargadas del proyecto: Indira Vanessa Palomino Blandón al teléfono 3128173806, Jenny Paz Domínguez al teléfono 3168224093, Janeth Andrea Quintero Urresta al teléfono 3206153703 y con Juliana Ramos Chacón al teléfono 3137931877 o con la docente responsable Rosa Virginia Mora al teléfono 3183960685. O directamente con el Comité de Ética Humana al número 518 56 77. Por lo tanto, Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____ acepto participar en el estudio en mención.

Se firma en _____ a los ____ del mes de _____ del año _____

Testigo 1

Nombre y apellidos

Número de cédula

Firma

Testigo 2

Nombre y apellidos

Número de cédula

Firma

ANEXO 2: REJILLA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS



Se calificará la alteración de cada uno de los aspectos de las fases de la deglución de acuerdo a la clasificación de la disfagia: 1=Normal, 2=Moderada, 3=Moderada severa y 4=Severa.

FASE DE LA DEGLUCIÓN ¹	ASPECTOS	NORMAL	ALTERADA
Fase Preparatoria	A1. Cierre labial incompetente		
	B1. Reducción en el rango de la coordinación de los movimientos linguales en la retención y formación del bolo		
	C1. Sensibilidad oral reducida		
	D1. Alteración del tono de la musculatura bucal (Buccinador, masetero y pterigoideos interno y externo)		
	E1. Reducido movimiento lateral de la mandíbula (Rotación)		
	F1. Otros		
Fase Oral	A2. Alteración en el empuje lingual		
	B2. Reducción del movimiento anteroposterior lingual		
	C2. Reducción de la tensión bucal		
	D2. Reducción de la habilidad en el sellamiento lateral de la lengua contra el paladar		
	E2. Otros		
Fase Faríngea	A3. Retraso en el reflejo de la deglución		
	B3. Reflejo de deglución ausente		
	C3. Inadecuado cierre velofaríngeo		
	D3. Reducción de la peristalsis faríngea		

¹ Castrillón, B., Constain, L., Gamboa, M., Jaramillo, A y Montoya, A. Evaluación y tratamiento de los desórdenes de la deglución

	E3. Reducción de la elevación de la laringe		
	F3. Otros		
Fase Esofágica	A4. Reducción de la peristalsis esofágica		
	B4. Presencia de divertículo		
	C4. Obstrucción parcial o total del esófago cervical		
	D4. Otros		

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LA ALIMENTACIÓN SWAL –QOL



Sección inicial:

Participante N° _____	
Sexo: M ☐ F ☐	Edad: _____
Régimen de salud: Contributivo: _____ Subsidiado: _____	Pensión: Sí _____ No _____

Sección Final:

SWAL-QOL Versión española

1. A continuación le presentamos afirmaciones que pueden referir personas con problemas de deglución. Refiera el grado de certeza que tienen para usted en el último mes:
(Señale con un círculo un número en cada línea)

	Totalmente cierto	Muy cierto	Cierto	Algo cierto	Falso
S1. Me es muy difícil soportar mi problema de deglución	1	2	3	4	5
S2. Mi problema de deglución supone una preocupación importante en mi vida	1	2	3	4	5
S3. Tardo más en comer que los demás	1	2	3	4	5
S4. Tardo mucho tiempo en	1	2	3	4	5

terminar una comida					
S5. La mayoría de los días no me importa si como o no	1	2	3	4	5
S6. Ya no disfruto comiendo	1	2	3	4	5
S7. Ya casi nunca tengo hambre	1	2	3	4	5

2. A continuación le presentamos algunos síntomas físicos que sienten las personas con problemas de deglución. En el último mes ¿con qué frecuencia ha experimentado cada uno de estos problemas relacionado con su dificultad de deglución?

(Señale con un círculo un número en cada línea)

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
S8. Tos	1	2	3	4	5
S9. Atragantarse con alimentos sólidos	1	2	3	4	5
S10. Atragantarse con alimentos líquidos	1	2	3	4	5
S11. Saliva o flemas espesas	1	2	3	4	5
S12. Me ahogo cuando como	1	2	3	4	5
S13. Exceso de saliva o flemas	1	2	3	4	5
S14. Tener que aclarar la garganta (carraspeo)	1	2	3	4	5
S15. Babeo	1	2	3	4	5
S16.	1	2	3	4	5

Problemas al masticar					
S17. Restos de comida en la garganta	1	2	3	4	5
S18. Restos de comida en la boca	1	2	3	4	5
S19. Sólidos y líquidos que salen por la boca	1	2	3	4	5
S20. Sólidos y líquidos que salen por la nariz	1	2	3	4	5
S21. Expulsar comida o líquidos al toser	1	2	3	4	5

3. Responda a continuación cuán de acuerdo está con cada una de las afirmaciones sobre el modo en que su problema de deglución afecta a su dieta o alimentación en el último mes:

(Señale con un círculo un número en cada fila)

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
S22. Me supone un problema pensar en qué puedo comer	1	2	3	4	5
S23. Es difícil encontrar alimentos que me gusten y pueda comer	1	2	3	4	5

4. En el último mes, con qué frecuencia atribuye las afirmaciones que siguen sobre su comunicación a su problema de deglución:
(Señale con un círculo un número en cada fila)

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
S24. A la los demás les cuesta mucho entenderme al hablar	1	2	3	4	5
S25. Me resulta difícil hablar con claridad	1	2	3	4	5

5. A continuación le presentamos algunas preocupaciones mencionadas por personas con problemas de deglución. En el último mes, con qué frecuencia ha experimentado cada una de estas sensaciones:
(Señale con un círculo un número en cada fila)

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
S26. Temo atragantarme al comer	1	2	3	4	5
S27. Me preocupa tener neumonía	1	2	3	4	5
S28. Me asusta atragantarme al beber	1	2	3	4	5
S29. Nunca se cuando voy a atragantarme	1	2	3	4	5

6. En el último mes, con qué frecuencia las afirmaciones que siguen son verdaderas debido a su problema de deglución:
(Señale con un círculo un número en cada fila)

	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Raramente	Nunca
S30. Mi problema de deglución me deprime	1	2	3	4	5
S31. Mi problema de deglución me irrita	1	2	3	4	5
S32. Me molesta tener que tomar tantas precauciones al comer o beber	1	2	3	4	5
S33. Mi problema de deglución me frustra	1	2	3	4	5
S34. Estoy desanimado debido a mi problema de deglución	1	2	3	4	5

7. Piense en su vida social en el último mes. Refiera cuánto de acuerdo está con cada una de las afirmaciones que siguen:
(Señale con un círculo un número en cada fila)

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
S35. No salgo a comer fuera debido a mi problema de	1	2	3	4	5

deglución					
S36. Mi problema de deglución dificulta mi vida social	1	2	3	4	5
S37. Mis actividades habituales han cambiado debido a mi problema de deglución	1	2	3	4	5
S38. No disfruto de las reuniones sociales debido a mi problema de deglución	1	2	3	4	5
S39. Mi papel con mi familia/amigos ha cambiado debido a mi problema de deglución	1	2	3	4	5

8. En el último mes, con qué frecuencia ha sentido cada uno de los siguientes síntomas físicos:

(Señale con un círculo un número en cada fila)

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
S40. Me siento débil	1	2	3	4	5
S41. Me siento cansado	1	2	3	4	5
S42. Me siento	1	2	3	4	5

agotado					
S43. Tengo problemas para conciliar el sueño	1	2	3	4	5
S44. Tengo problemas para mantener el sueño	1	2	3	4	5

ANEXO 4: CARTA DIRIGIDA AL HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL E.S.E SOLICITANDO AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLAR TRABAJO DE GRADO



Facultad de Salud
Escuela de Rehabilitación Humana

Santiago de Cali, Octubre 16 de 2015

0200.0230.2-43-2015

Doctor:
ALVARO MARTINEZ PAYAN
Gerente
Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
Cali

ASUNTO: Solicitud autorización para desarrollar trabajo de grado en su institución

Cordial Saludo,

Las estudiantes Indira Palomino, Jenny Paz, Juliana Ramos y Janeth Quintero del Programa Académico de fonoaudiología de la Universidad del Valle adelantan su propuesta de Trabajo de grado titulado "*Caracterización de la percepción de la calidad de vida de los adultos institucionalizados con dificultades en el proceso de alimentación*" con la tutoría y acompañamiento de la profesora Rosa Virginia Mora.

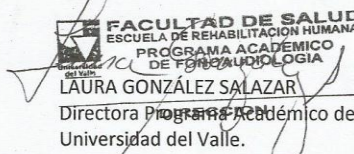
La propuesta consiste en describir el impacto que tienen los problemas y enfermedades que afectan el proceso de alimentación sobre la calidad de vida en los adultos mayores que se encuentran institucionalizados, dado que es de gran importancia conocer el bienestar físico, emocional, social y la participación en el contexto que se encuentran inmersos. No obstante, se busca fortalecer el quehacer Fonoaudiológico y brindar información necesaria para determinar un tratamiento o forma de acompañamiento a las personas que integran esta población.

Es de especial interés de las estudiantes y de la docente adelantar el estudio con la población Residente del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, por lo que se requiere de su aval y autorización para ingresar a las instalaciones, hacer caracterización y selección de los adultos mayores participantes.

Se anexa anteproyecto de trabajo de grado

Agradezco su atención y respuesta.

Atentamente


FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA ACADÉMICO
DE FONOAUDIOLOGÍA
LAURA GONZÁLEZ SALAZAR
Directora Programa Académico de Fonoaudiología
Universidad del Valle.

Universidad del Valle
Sede San Fernando - A. A. 25360
Calle 3A N.°36B-05 Edificio Perla piso 2
Teléfono: 518 56 59 - Telefax: 518 56 58
Correo electrónico: direccion.erh@correounivalle.edu.co
Santiago de Cali - Colombia

ANEXO 5: CARTA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL E.S.E DE AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLAR TRABAJO DE GRADO



E.S.E
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

HGYASM-582-2015

Santiago de Cali, 18 de Noviembre de 2015

Doctora
LAURA GONZALEZ SALAZAR
Directora Programa Académico de Fonoaudiología
Universidad del Valle
Ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA DESARROLLAR TRABAJO DE GRADO

Cordial saludo.

De acuerdo a su solicitud, le informo que se le autoriza a las estudiantes INDIRA PALOMINO, JENNY PAZ, JULIANA RAMOS Y JANETH QUINTERO del programa académico de fonoaudiología de la Universidad del valle para que adelante la propuesta de trabajo de grado "CARACTERIZACION DE LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS CON DIFICULTADES EN EL PROCESO DE ALIMENTACION ", quien tendrá como tutora a la profesora Rosa Virginia Mora.

Atentamente,

ALVARO MARTINEZ PAYAN
Gerente Y Representante Legal
Presidente Comité de Ética

Elaboro: Patricia Murillo –Secretaria de Gerencia

Nit 890.303.448-6
Carrera 70 No. 2A - 04 Cali – Colombia
PBX +57 (2) 339 0821
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "superintendencia nacional de salud"

ANEXO 6: CARTA DE APROBACIÓN DEL CIREH

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 001-016

Proyecto: CARACTERIZACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS CON DIFICULTADES EN EL PROCESO DE ALIMENTACIÓN

Sometido por: ROSA VIRGINIA MORA GUERRA/INDIRA VANESSA PALOMINO BLANDÓN
JENNY PAZ DOMÍNGUEZ/JANETH ANDREA QUINTERO URRESTA/
JULIANA RAMOS CHACÓN

Código Interno: 211 - 015 Fecha en que fue sometido: 18 01 2016

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☐ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

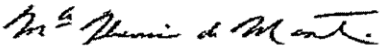
4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
- Lesiones a sujetos humanos.

Calle 4B 36 -00 edificio Decanato Teléfono: 5185677 email: eticasalud@univalle.edu.co



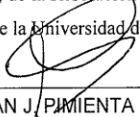
- b. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- c. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

NOTA: ESTE AVAL FUE EXPEDIDO NUEVAMENTE POR CAMBIO DE DIRECTOR DEL PROYECTO.

Firma:  Fecha: 22 02 2016
Nombre: MARIA FLORENCIA VELASCO
Capacidad representativa: PRESIDENTA Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:  Fecha: 22 02 2016
Nombre: HERNAN J. PIMENTA J.
Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD Teléfono: 5185680

Santiago de Cali, Septiembre de 2016

Señor (es)

Escuela de Rehabilitación humana

Programa Académico de Fonoaudiología

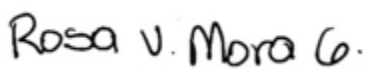
Universidad del Valle

Cordial Saludo,

Con motivo de la Tutoría realizada al Trabajo de Grado titulado “Caracterización de la percepción de la calidad de vida de los adultos institucionalizados con dificultades en el proceso de alimentación en una fundación de la ciudad de Cali 2015-2016”, realizado por; las estudiantes del Programa Académico de Fonoaudiología Indira Vanessa Palomino Blandón, Jenny Paz Domínguez, Janeth Andrea Quintero Urresta y Juliana Ramos Chacón; a través de la presente manifiesto a usted que el mismo se encuentra *terminado y aprobado* para su entrega.

En términos generales, el trabajo de investigación realizado es pertinente al campo de la profesión, es novedoso y actual, el cual considero que en el futuro podría ser considerado un recurso de consulta para el diseño de otras propuestas en la misma línea temática.

Atentamente,



Rosa Virginia Mora

Docente – Universidad del Valle

11.BIBLIOGRAFÍA

1. Parra N, Valencia K, Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cuba Salud Publica*. 2012;38(4):562–80.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional Colombiano [Internet]. Censo nacional 2005. 2005. Available from: <http://www.dane.gov.co/index/>
3. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León E, Marín C, Alfonso J. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2005 Jun [cited 2015 Jul 27];17(5-6):353–61. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
4. Organización Mundial de la Salud OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. 2010. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf?ua=1
5. Sáez R, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 1995, Editorial Ciencias médicas; 2007 [cited 2015 Sep 11];44(4):1–14. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Nogueira D, Reis E. Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained? *Clin Interv Aging*. New Zealand; 2013;8:221–7.
7. Gustafsson B, Tibbling L. Dysphagia an unrecognized handicap. *Dysphagia*. 1991;199:193–9.
8. Arjona C, Criado J, Sánchez L. Enfermedades crónicas y consumo De fármacos en mayores de 65 años. *Med Gen*. 2002;47:684–95.
9. Luis D, Izaola O, Prieto R, Mateos M, Aller R, Cabezas G, et al. Effects of a diet with products in texture modified diets in elderly ambulatory patients. *Nutr Hosp* [Internet]. 2009;24(1):87–92. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=19266119\nhttp://sfx.unimaas.nl:9003/sfx_local/?sid=OVID:embase&id=pmid:19266119&id=doi:&issn=0212-1611&isbn=&volume=24&issue=1&spage=87&pages=87-92&date=2009&title=Nutricion+ho
10. Bogaardt H, Speyer R, Baijens L, Fokkens W. Cross-cultural Adaptation and Validation of the Dutch Version of SWAL-QoL. *Dysphagia*. 2009;24:66–70.
11. Ruiz M, Gómez M, Ruiz A, Ruiz J, Ruiz Á, Herráez V. Calidad de vida de los

enfermos de Parkinson tras tratamiento quirúrgico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Rev Científica la Soc Española Enfermería Neurológica [Internet]. Elsevier; 2011 Jan 1 [cited 2015 Sep 25];33(01):10–5. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-calidad-vida-los-enfermos-parkinson-90021069>

12. Manterola C, Urrutia S, Otzen T. Calidad de vida relacionada con la salud: instrumentos de medición para valoración de resultados en cirugía digestiva alta. Vol. 66, Revista chilena de cirugía. scielocl; 2014. p. 274–82.
13. Martín C, Tapia M, San Román J, Fernández M, Domínguez J. Disfagia pretratamiento en pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello. Vol. 18, Nutrición Hospitalaria. scieloeh; 2003. p. 238–42.
14. Gonzalez J, Prieto R, Velasco L, Jorge S, Cubo E. Digestive disorders in Parkinson's disease: dysphagia and sialorrhea. Rev Neurol. Spain; 2010 Feb;50 Suppl 2:S51–4.
15. Cassol K, Galli J, Zamberlan N, Dassie A. Quality of life in swallowing in healthy elderly. JSocBrasFonoaudiol. 2012;24(2179-6491 (Electronic)):223–32.
16. Padierna A, Quintana J, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo M. The health-related quality of life in eating disorders. Qual Life Res [Internet]. Kluwer Academic Publishers; 2000;9(6):667–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1023/A%3A1008973106611>
17. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc y enfermería. 2003;9(2):9–21.
18. Chen P, Golub J, Hapner E, Johns M. Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. Dysphagia. 2009;24(1):1–6.
19. Aghanuri A, Salehi H, Mahmoudi M, Faraji Khiavi F, Djafarian K. Quality of Life and its Relationship With Healthy Eating Index Among Elderly People. Jundishapur J Heal Sci [Internet]. 2015;7(1):1–5. Available from: http://www.jjhsci.com/?page=article&article_id=27158
20. Roy N, Stemple J, Merrill R, Thomas L. Epidemiology of voice disorders in the elderly: preliminary findings. Laryngoscope. United States; 2007 Apr;117(4):628–33.
21. Cannobbio L, Jeri T. Estadísticas sobre las personas adultas mayores: Un análisis de género [Internet]. 2008. 1-140 p. Available from: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Estadisticas_sobre_PM-analisis_de_genero.pdf
22. Cardona D. Mortalidad de adultos mayores por deficiencias nutricionales en los Departamentos de Colombia. Rev Salud Pública. 2012;14(4):584–95.
23. Eugenia B, Mejía B. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud (Cvrs) En

Adultos Mayores De 60 Años : Una Aproximación Teórica. Hacia la Promoción de la salud. 2007;12:11–24.

24. Restrepo M, Morales R, Osa M, Ramírez M, López M, Varela L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev Chil Nutr [Internet]. Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología; 2006 Dec [cited 2015 Aug 17];33(3):500–10. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Campos C, Guajardo F, Navarrete B, Oteíza T. Presencia de presbifagia en adultos mayores institucionalizados y su relación con la calidad de vida. [Internet]. Universidad de Chile; 2012. Available from: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/114883>
26. Marín J. Envejecimiento. Salud Pública y Educ para la Salud [Internet]. 2003;3(1):28–33. Available from: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>
27. Arbonés G, Carbajal A, Gonzalvo B, González-Gross M, Joyanes M, Marques I, et al. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). Nutr Hosp. 2003;18(3):109–37.
28. Lopez J, Jauregui J. Fisiología del envejecimiento. CELSUS EM, editor. Colombia; 2012.
29. Maria F, Malebran C. Envejecimiento del Sistema Estomatognático: Repercusiones en Voz y Deglución. Basil; 2007.
30. San Martín C, Villanueva J, Labraña G. Revisión Bibliográfica Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor (Parte II) Resumen Introducción. Rev Dent Chile. 2002;93(3):23–6.
31. García J, Carmona C, Labrador, García X, González R. Atrición dentaria en la oclusión permanente. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet] [Internet]. 2014;(18(4)):566–73. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400003&lng=es
32. Jiménez J, Esquivel R, Martínez N. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. Rev ADM. 2006;(ADM , LXIII (5)):181–4.
33. Castanedo C, García M, Noriega M, Quintanilla M. Consideraciones Generales sobre el envejecimiento [Internet]. 1999. 1-15 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:CONSIDERACIONES+GENERALES+SOBRE+EL+ENVEJECIMIENTO#2>
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Consideraciones+Generales+sobre+el+envejecimiento#2>

34. Moreno A, Álvarez M, Bejarano M, Pulido C. Parámetros Acústicos de la Voz en el Adulto Mayor. *Umbral Científico*. 2010;17:9–17.
35. Morán E, Martínez F, Cerda C, Reyes F. Función motora del esófago en la tercera edad: ¿Presbiesófago? *Endoscopia*. 2012;24(613):56–61.
36. Rodríguez E, Hernández D. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. *Tratado geriatría para Resid*. 2006;817.
37. Bolaños A, Calero N, Cárdenas V, Irurita D. Características estructurales y funcionales propias del envejecimiento normal del tracto vocal de un grupo de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Cali. 2012.
38. Furkim A, Mattana A. Fisiología de la deglución orofaríngea. *Tratado de fonoaudiología. Tratado Fonoaudiol*. 2009;212–7.
39. Manns A. Sistema Estomatognático: Fundamentos clínicos de la fisiología y patología funcional. 1st ed. AMOLCA, editor. Venezuela; 2013.
40. Bleeckx D. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución. In: Madrid, España: McGraw-hill. 2004.
41. Logemann J. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. segunda. Australia P-E, editor. 1997. 417 p.
42. Florín C, Menares C, Salgado, Tobar L, Villagra. Evaluación de la deglución en pacientes con AVE. Santiago, Chile. Universidad de Chile; 2004.
43. Ashley J, Duggan M, Natalie S. Speech, Language, and Swallowing Disorders in the Older Adult. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2006;22. Available from: [http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(05\)00098-4/abstract](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(05)00098-4/abstract).
44. Velasco M, Arreola V, Pere C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutr Clínica en Med* [Internet]. 2007;1(3):174–202. Available from: <https://xsemanageriatrica.files.wordpress.com/2012/09/revisic3b3n-disfagia.pdf>
45. Humbert I, Robbins J. Dysphagia in the Elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19:4.
46. Nazar G, Ortega A, Fuentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Rev MedCondes*. 2009;20(4):449–57.
47. Fleni I, Posadas H. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Rev Am Med Resp* [Internet]. 2012;3:98–107. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v12n3/v12n3a04.pdf>
48. Esteban M, de Tena M, Serrano P, Romero R, Martín C, Martínez A. Valoración del estado nutricional en una consulta de geriatría: aportaciones preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39(1):25–8.
49. Avila J, Garant M, Aguilar S. Relationship between determining factors for

- depressive symptoms and for dietary habits in older adults in Mexico. *Rev Panam salud publica*. 2006;19(5):321–30.
50. Lozoya A, Diego F, Marín G. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutr Hosp*. 2014;30(4):858–69.
 51. Saraiva R, Lima S, Lima R. Projeto saúde: perfil alimentar e nutricional de idosas de um município do interior do Ceará. *Rev Bras Nutr Esportiva*. 2013;4–12.
 52. Celestino M, Salazar B, Novelo H. Nutrición y desempeño cognitivo del adulto mayor. *Aquichan*. 2008;2(8).
 53. Carvajal A. Ingestas recomendadas en personas de edad avanzada. Madrid; 2001.
 54. Urzúa A, Loyola M, Navarrete M, Valenzuela F. El Efecto de Valorar la Importancia Atribuida a cada Área de la Vida en el Auto Reporte de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. *Rev argentina clínica psicológica*. 2014;23.
 55. Molina S, Meléndez J, Navarro E. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *An Psicol* [Internet]. 2008;24(2):312–9. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2749333>
 56. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (Cvrs) En adultos mayores de 60 años : una aproximación teórica. *Hacia la Promoc la salud*. 2007;12:11–24.
 57. Carmen V, Garcia V. Calidad de vida Aspectos teóricos y metodológicos. 1st ed. Paidós, editor. Argentina; 2008.
 58. Lapuente R, Sanchez J. Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *An Psicol*. 1998;14.
 59. Gálvez C, Mavhler J, Vélez D, Segura A, Alexander M. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor. Perception of health-related quality of life in elderly subjects living in Chiclayo. *Acta Médica Peru*. 2009;26(4):230–8.
 60. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores [Internet]. 2008. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/LineamientosT%C3%A9cnicosCentrosPersonaMayor.pdf>
 61. Davobe C. Derecho de la Ancianidad y Bioética en las Instituciones Geriátricas. 2001. págs. 205-236.
 62. Huenchuan S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. (CEPAL) ECE para AL y el C, editor. 2009.
 63. Miguel AS. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E [Internet].

2015. Available from: <http://ancianatosanmiguel.com/index.php/anci>
64. Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Quinta. 2013. 2-21 p.
 65. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. 2014. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh&o=h>
 66. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. 2014. Available from: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe&o=h>
 67. Ministerio de Salud y Protección Social. Protección Social [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/inicio.aspx>
 68. Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES. Tipos de pensión y otras prestaciones [Internet]. 2015. Available from: https://www.colpensiones.gov.co/publicaciones/es-CO/129/Tipos_de_pension_y_otras_prestaciones
 69. Leopold N, Kagel M. Swallowing, ingestion and dysphagia: a reappraisal. Arch Phys Med Rehabil. UNITED STATES; 1983 Aug;64(8):371–3.
 70. Fernandez J, Fernandez M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Publica. 2010;169–84.
 71. Zaldibar M, Miranda M, Zaldibar A, Pinedo A, Erazo P, Tejada P. Versión española del Swallowing Quality of Life Questionnaire: fase inicial de adaptación transcultural. Rehabilitación. 2015;47(3):136–40.
 72. Lin L, Wu S, Chen H, Wang T, Chen M. Prevalence of Impaired Swallowing in Institutionalized Older People in Taiwan. J Am Geriatr Soc [Internet]. Blackwell Science Inc; 2002;50(6):1118–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50270.x>
 73. Logemann J. Approaches to management of disordered swallowing. Balliere's Clin Gastroenterol. 1991;5(2):269–81.
 74. Sarabia C, Pérez V, De Lorena P, Domínguez E, Hermosilla C, Nuñez M, et al. The incidence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients institutionalized: A multicenter study in Spain. Appl Nurs Res [Internet]. Elsevier B.V.; 2016;30:e6–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.07.001>
 75. Pereira B, De Almeida M. Características da função de deglutição em um grupo de idosas institucionalizadas. Estud Interdiscip sobre o Envelhec [Internet]. 2009;14(1):107–24. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/5795>
 76. Mioche L, Bourdiol P, Monier S, Martin J, Cormier D. Changes in jaw muscles activity with age: effects on food bolus properties. Physiol Behav

- [Internet]. 2004 Sep 30;82(4):621–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938404002604>
77. Ginocchio D, Borghi E, Schindler A. Dysphagia assessment in the elderly. *Nutr Ther Metab*. 2009;1:9–15.
 78. Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J. Les troubles de la déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. *Med Liège*. 2008;12(1):715–21.
 79. Kretschmann D, Torres A, Sierra M, del Pozo J, Quiroga R, Quiroga R. Trabajo de investigación: Rendimiento masticatorio y nivel de satisfacción de pacientes tratados con prótesis totales en la Universidad Mayor. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral* [Internet]. Elsevier España, S.L.U.; 2015 Apr 1;8(1):17–23. Available from: <http://10.1016/j.piro.2014.12.001>
 80. Smithard D. Dysphagia : A Geriatric Giant ? *Med Clin Rev*. 2016;2(1):1–7.
 81. Prieto M, Fernández G, Rojo F, Lardiés R, Rodríguez V, Ahmed K, et al. Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2008;82(3):301–13. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 82. Viola M. Estudios sobre modelos de consumo: una visión desde teorías y metodologías. *Rev Chil Nutr*. 2008;35(2):1–9.
 83. Carrasco N. Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina : hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos. *Estud Soc*. 2006;16(30):79–101.
 84. Bolet M, Socarrás M. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. La Habana;
 85. Mathews M, Jacob S. Nutritional Aspect of Physical Health Related Quality of Life in Elderly. *Indian J Gerontol*. 2013;27(2):382–8.
 86. Briceño B. Relación Entre La Severidad De La Disfagia Y La Medida De Independencia Funcional En Adultos Mayores Postrados [Internet]. *Dspace.Utalca.Cl*. 2013. Available from: <http://dspace.utalca.cl:8888/salud/trastorno/66603.pdf>
 87. Varela L. Nutrición en el Adulto Mayor. *Rev Médica Hered*. 2013;24(11):183–5.
 88. Misrachi C, Sepúlveda H, Lamadrid S. Situación protésica y conductas asociadas en adultos mayores de nivel socioeconómico medio-alto y bajo. *Rev Dent Chile*. 2002;93(1):10–6.
 89. Zavala M, Vidal D, Castro S, Quiroga P. Social functioning of elderly. *Cienc y enfermería*. 2006;(2):53–62.
 90. Durán D, Orbegoz L, Uribe A, Uribe J. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Univ Psychologica*. 2008;7(1):263–70.

91. Moreh E, Jacobs J, Stessman J. Fatigue , Function , and Mortality in Older Adults. *J Gerontol Med Sci*. 2010;65(May 1921):887–95.
92. Goldman S, Ancoli S, Boudreau R, Cauley J, Hall M, Stone K, et al. Sleep Problems and Associated Daytime Fatigue in Community-Dwelling Older Individuals. *J Gerontol Med Sci*. 2008;63(10):1069–75.
93. Marasinghe C. Sleep disorders in elderly. *J Ceylon Coll Physicians*. 2012;43:37–40.
94. De Souza I, Massi G. The speech therapy health based on the institutionalized elderly speech. *Rev CEFAC*. 2015;1(17):300–7.
95. Jofré C, Lizama V, Luchsinger B, Vásques T, Yalul C. Calidad de vida de pacientes con disfagia como consecuencia de trastornos del movimiento de origen neurológico. 2015.
96. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chil*. 2010;138:358–65.
97. Finizia C, Rudberg I, Bergqvist H, Rydén A. A cross-sectional validation study of the swedish version of SWAL-QOL. *Dysphagia*. 2012;27(3):325–35.
98. Mei P, Kam C. The Validation of the Chinese Version of the Swallow Quality-of-Life Questionnaire (SWAL-QOL) Using Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Dysphagia*. 2011;26:117–24.