



Sensory Gymnastics for the Elderly

Herramientas usadas para la validación

Se van a describir y proporcionar las herramientas usadas para medir el impacto de cada intervención.

Cuatro estudios piloto fueron llevados a cabo por los participantes. Más detalles de éstos pueden ser consultados en la correspondiente sección de esta página WEB. Con la idea de validar cada intervención y para obtener información en relación a diferentes aspectos de la población participante, se utilizaron diferentes cuestionarios y herramientas.

- **TNA** (Análisis de las necesidades de entrenamiento, del inglés “Training Need Analysis”): Se trata de un cuestionario específico creado para obtener información demográfica, datos del estado de salud, preferencias de comidas, hábitos de alimentación, características sensoriales y de percepción, así como experiencias con la comida. TNA permite ganar conocimiento sobre las necesidades y posibilidades antes de empezar a diseñar y trabajar con los talleres de entrenamiento sensorial. Este test fue usado por todos los participantes. El test se muestra en el Anexo 1.

- **MNA[®]** (Minitest de asesormianro nutricional, del inglés “Mini Nutricional Assessment”): Es un test validado para valorar el estado nutricional. Permite identificar pacientes geriátricos (con edad alrededor de 65 años) que estén malnutridos o en riesgo de malnutrición. El cuestionario se pasa al principio y al final del periodo de intervención (primeros y últimos días). Dado que las capacidades olfativas y gustativas están relativamente relacionadas con el comportamiento alimenticio y de este



modo condicionan el estado nutricional del sujeto, este cuestionario permite obtener alguna información científica sobre los efectos del entrenamiento sensorial en aspectos nutricionales. El cuestionario fue realizado por todos los participantes. El formato del cuestionario se muestra en el Anexo 2.

- **OCT** (Tests de capacidad olfativa, del inglés “Olfactory Capability Tests”): Este tipo de cuestionarios permite evaluar los efectos sobre las capacidades sensoriales de los participantes en el programa de entrenamiento. El cuestionario está enfocado en la identificación de diferentes olores y en la distinción de diferentes intensidades para el mismo olor. Dos versiones de OCT fueron diseñadas y usadas. Una de ellas para los grupos 1 (ancianos intelectualmente activos -UMH) y 2 (ancianos intelectualmente inactivos - ERA), que eran poblaciones sin problemas sensoriales. La otra versión del OCT se usó con los grupos 3 (ancianos institucionalizados - ANS) y 4 (ancianos enfermos de Alzheimer- AADR), que eran poblaciones con problemas de percepción sensorial. La descripción de los cuestionarios, así como los formatos de los tests se pueden encontrar en Anexo 3a y Anexo 3b.



- **Cuestionario de Blandford**: Escala validada que mide el comportamiento de aversión en alimentación en personas con demencias. El cuestionario debe ir acompañado por un consentimiento informado. Este cuestionario identifica los diferentes desordenes que pueden aparecer en este grupo de pacientes así como su resistencia a comer, déficit cognitivo general, comportamientos selectivos en la ingesta de comida y diferentes niveles de disfagia (dificultad para tragar). La escala fue solo realizada en el grupo de enfermos de Alzheimer. El formato de la escala está indicado en el Anexo 4.

- **Consentimiento informado**: Este documento es éticamente necesario en cada una de las intervenciones en pacientes con Alzheimer. El



cuestionario debe de estar cumplimentado por el responsable encargado de la tutela o cuidado del paciente. La participación es libre y la revocación del consentimiento puede ser realizada en cualquier momento de la intervención sin explicaciones. El formato del consentimiento informado se muestra en el Anexo 5.

- **Diario:** Es conveniente recopilar y registrar en orden y adecuadamente la información durante las actividades. Para ello puede utilizarse un diario diseñado en una hoja de Excel. El objetivo de esta herramienta fue recopilar diariamente la información relacionada con comentarios, observaciones y aspectos en general de cada actuación. El diario fue seguido por todos los participantes. Un posible formato se muestran en el Anexo 6.

- **Cuestionario de opiniones:** Este cuestionario intenta obtener críticas acerca de las posibles carencias, mejoras y modificaciones, basadas en las experiencias obtenidas en cada uno de los grupos de intervención. La UMH suele usar un cuestionario de satisfacción al final de cada una de las diferentes actividades realizadas en la universidad. Este cuestionario sirvió de base para diseñar el cuestionario utilizado en GYMSEN. Este cuestionario fue realizado al final de la intervención por todos los participantes y fue anónimo. El cuestionario fue respondido por cada participante así como por sus cuidadores. El formato utilizado se muestran en el Anexo 7a para participantes, y en el Anexo 7b para cuidadores, entrenadores o profesores.



Anexos

Anexo 1

Análisis de las necesidades de entrenamiento (TNA)

G Y M S E N

Gimnasia Sensorial para la tercera edad: Programa para el mantenimiento de las capacidades sensoriales en la tercera edad.

- Grupo 1: Ancianos intelectualmente activos
- Grupo 2: Ancianos intelectualmente inactivos
- Grupo 3: Ancianos institucionalizados
- Grupo 4: Enfermos de Alzheimer

1. Datos sociodemográficos

1. Género (por favor, marca con una cruz la opción adecuada)

- Hombre Mujer

2. Edad (por favor, indica tu edad): _____

3. Tipo de familia (por favor, marca con una cruz la opción adecuada)

- 1 persona, vivo solo/a
- 2 personas
- 3 personas
- 4 personas
- +4 personas
- N.A. Esta opción es para los ancianos pertenecientes al grupo 3 (institucionalizados) o grupo 4 (Alzheimer)

4. Nivel de educación (por favor, marca con una cruz la opción más adecuada)

- Sin estudios Secundaria
- Primaria Graduado

5. Ocupación antigua (por favor, indica tu antigua ocupación): _____



2. Estado de salud

1. ¿Tienes alguna de las siguientes enfermedades? (debes de marcar todas las enfermedades que tengas)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> Sobrepeso | <input type="checkbox"/> Síndrome metabólico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 | <input type="checkbox"/> Otras (Indicar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | |

2. ¿Tienes alguno de los siguientes desordenes en el tracto digestivo? (debes de marcar todos los desordenes que tengas)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de saliva (xerostomía) | <input type="checkbox"/> Diarrea ocasional |
| <input type="checkbox"/> Disfagia | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente |
| <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Flatulencias |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Otras (indicar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades intestinales | |

3. ¿Tienes algunos de los siguientes trastornos neurológicos/estado de ánimo? (debes marcar todos los trastornos que tengas)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Alteraciones en el olfato o el gusto. |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Falta de interés por la comida |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Otros (indicar): _____ |

4. ¿Tienes alguno de los siguientes factores de riesgo? (debes marcar todos los factores que tengas)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sedentarismo | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Fumador | <input type="checkbox"/> Uso de muchos fármacos |

5. ¿A menudo toma pastillas o sigue tratamiento para alguna enfermedad?

- Si
 No

6. En relación a la movilidad, por favor, marca la opción mas adecuada:

- No necesito ayuda para moverme
 Necesito algo de ayuda para moverme (bastón, andador médico, etc.)
 Soy totalmente dependiente (cuidadores, parientes, etc.)

7. Por favor indica tu peso aproximado (kg): _____ y altura (cm): _____



3. Hábitos alimentarios y/o preferencias

1. ¿Cuál de los siguientes sabores es tu favorito? (debes marcar una de las opciones)

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Salado | <input type="radio"/> Amargo |
| <input type="radio"/> Dulce | <input type="radio"/> Ninguno |
| <input type="radio"/> Ácido | |

2. ¿Cuál de las siguientes comidas incluidas en la categoría de **Farináceos** es tu favorita? (debes marcar una en cada columna)

<i>Farináceos</i>		
<input type="radio"/> Pan blanco	<input type="radio"/> Patatas fritas	<input type="radio"/> Judías
<input type="radio"/> Pan integral	<input type="radio"/> Patatas cocidas	<input type="radio"/> Lentejas
<input type="radio"/> Pasta	<input type="radio"/> Patatas al horno	<input type="radio"/> Garbanzos
<input type="radio"/> Arroz	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Guisantes
<input type="radio"/> Grano entero	<input type="radio"/> Otros (indicar): _____	<input type="radio"/> Soja
<input type="radio"/> Ninguno		<input type="radio"/> Ninguno
<input type="radio"/> Otros (indicar): _____		<input type="radio"/> Otros (indicar): _____

3. ¿Cuál de los siguientes alimentos dentro de la categoría de **Vegetales y Frutas** es tu favorito? (debes marcar una en cada columna)

<i>Vegetables</i>	<i>Frutas</i>
<input type="radio"/> Vegetales al vapor	<input type="radio"/> Fresca
<input type="radio"/> Vegetales a la plancha	<input type="radio"/> Sirope
<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Desecada
<input type="radio"/> Otros(indicar): _____	<input type="radio"/> Ninguno
	<input type="radio"/> Otros (indicar): _____

4. ¿Cual de las siguientes comidas dentro de la categoría de **Lácteos**, es tu favorita? (debes marcar una en cada columna)

<i>Lácteos</i>		
<i>Leche</i>	<i>Yogurt</i>	<i>Queso</i>
<input type="radio"/> Entera	<input type="radio"/> Natural	<input type="radio"/> Frescos
<input type="radio"/> Semi	<input type="radio"/> Endulzado	<input type="radio"/> Semicurados
<input type="radio"/> Desnatada	<input type="radio"/> Saborizados	<input type="radio"/> Curados
<input type="radio"/> Sin lactosa	<input type="radio"/> Bajos en grasa	<input type="radio"/> Ninguno
<input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> Ninguno	



5. ¿Cuál de cada una de los siguientes comidas dentro de la categoría de **Alimentos Proteicos I** es tu favorita? (debes marcar uno en cada columna)

<i>Comidas proteicas I</i>			
<i>Ternera</i>	<i>Cerdo</i>	<i>Aves</i>	<i>Pescado</i>
<input type="radio"/> A la plancha	<input type="radio"/> A la plancha	<input type="radio"/> A la plancha	<input type="radio"/> A la plancha
<input type="radio"/> Asado	<input type="radio"/> Asado	<input type="radio"/> Asado	<input type="radio"/> Asado
<input type="radio"/> Frito	<input type="radio"/> Frito	<input type="radio"/> Frito	<input type="radio"/> Frito
<input type="radio"/> Cocinado con salsa	<input type="radio"/> Cocinado con salsa	<input type="radio"/> Cocinado con salsa	<input type="radio"/> Cocinado con salsa
<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ninguno
<input type="radio"/> Otros (indicar): _____			
<input type="radio"/> Grill	<input type="radio"/> Asado	<input type="radio"/> Frito	<input type="radio"/> Cocinado con salsa

6. ¿Cual de cada uno de los siguientes alimentos dentro de **Alimentos Proteicos II** es tu favorito? (debes marcar uno en cada columna)

<i>Alimentos Proteicos II</i>		
<i>Curados</i>	<i>Fiambre</i>	<i>Cocinado</i>
<input type="radio"/> Jamón Curado	<input type="radio"/> Salchichas (jamón de Bolonia, Pastrami, etc)	<input type="radio"/> Pastel de carne
<input type="radio"/> Pescados sazonados	<input type="radio"/> Jamón ahumado	<input type="radio"/> Frankfurts
<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Salchichas (cerdo, ternera)
		<input type="radio"/> Ninguno

7. ¿Cuál de los siguientes alimentos dentro del la categoría de **Salsas y Condimentos** es tu favorita? (debes marcar sólo una de las opciones)

<i>Salsas y condimentos</i>			
<input type="radio"/> Aceite de oliva	<input type="radio"/> Sal	<input type="radio"/> Ketchup	<input type="radio"/> Otros (indicar): _____
<input type="radio"/> Vinagre	<input type="radio"/> Salsas grasas	<input type="radio"/> Especias	
<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Ninguno	

8. ¿Cuál de los siguientes alimentos dentro del la categoría de **Bebidas** es tu favorita? (debes marcar una de las opciones de cada grupo: con y sin alcohol)

<i>Bebidas</i>			
<i>No alcohólicas</i>		<i>Alcohólicas</i>	
<input type="radio"/> Refrescos	<input type="radio"/> Agua	<input type="radio"/> Vino	<input type="radio"/> Destilados
<input type="radio"/> Zumos	<input type="radio"/> Otros (indicar): _____	<input type="radio"/> Cerveza	<input type="radio"/> Otros (indicar) _____
<input type="radio"/> Ninguno		<input type="radio"/> Ninguno	



9. ¿Cuál de cada uno de los siguientes alimentos dentro de la categoría de **Otros** es tu favorito?
(debes de marcar una de las opciones)

<i>Otros</i>				
<input type="radio"/> Pastas	<input type="radio"/> Caramelos	<input type="radio"/> Pastas hojaldre	de	<input type="radio"/> Aperitivos salados
<input type="radio"/> Otros (indicar) _____				
<input type="radio"/> Ninguno				



10. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases relacionadas con la nutrición:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo en parte	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo en parte	Totalmente en desacuerdo
Considero que mis hábitos alimenticios son sanos					
Sigo una dieta equilibrada					
Creo que es difícil seguir una dieta equilibrada					
Sigo los consejos de expertos en alimentación saludable					
Evito comidas que son altas en calorías (carne, legumbres, leche entera ,pescado frente a frutas y verduras)					
Me gusta el aceite de oliva, la leche entera, la mantequilla, salsas, etc.					
Las comidas bajas en grasas están tan sabrosas como las comidas altas en grasas					
Me gusta comer fruta todos los días					
Con frecuencia tomo aperitivos entre las					



comidas principales					
Me gustaría aprender más sobre cómo los hábitos alimenticios afectan a mi salud					
Me gustaría elegir más alimentos bajos en calorías si fueran más apetitosos (vegetales, frutas ensaladas, etc.)					
Me gustaría comer alimentos más bajos en grasa si fueran más apetitosos					

4. Percepción de las características sensoriales de la comida y desarrollo de las tareas sensoriales.

1. En relación con deficiencias en las capacidades para percibir las características sensoriales de los alimentos, por favor, revisa las que puedes realizar:

- Tengo dificultades para degustar las comidas y productos alimenticios.
- Tengo problemas para oler las comidas y los productos alimenticios.
- Tengo dificultades para percibir las texturas de las comidas y los productos alimenticios
- Tengo dificultades para ver correctamente los alimentos y los productos alimenticios
- Tengo dificultades para oír correctamente los alimentos mientras estoy comiendo

2. ¿Qué característica sensorial de la comida es más difícil de percibir para ti? (por favor marca una cruz en la opción con la que más te identifiques)

- Gusto/Sabor
- Olor
- Características visuales: Color, tamaño, forma, consistencia y opacidad
- Sonido: Ej. chisporroteante, crujiente, explosivo, burbujeante, etc.
- Texturas de la comida: Dureza, humedad, untuosidad, etc.

3. ¿Con cuál de estos sabores tienes más dificultad para percibirlo? (por favor, marca con una cruz la opción correcta)

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salado | <input type="checkbox"/> Ácido |
| <input type="checkbox"/> Dulce | <input type="checkbox"/> Amargo |

4. ¿Qué olores y sabores te resultan familiares? ¿Cuáles recuerdas?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vainilla | <input type="checkbox"/> Anís |
| <input type="checkbox"/> Clavo | <input type="checkbox"/> Naranja |
| <input type="checkbox"/> Manzana | <input type="checkbox"/> Pescado |
| <input type="checkbox"/> Eucalipto | <input type="checkbox"/> Rosa |
| <input type="checkbox"/> Canela | <input type="checkbox"/> Tomillo |
| <input type="checkbox"/> Gasolina | <input type="checkbox"/> Limón |
| <input type="checkbox"/> Pino | <input type="checkbox"/> Menta |
| <input type="checkbox"/> Ajo | <input type="checkbox"/> Lavanda |
| <input type="checkbox"/> Manteca | <input type="checkbox"/> Otros (indicar): _____ |

5. ¿Piensas que podrías incluir en tu rutina algún ejercicio de entrenamiento con estímulos olfativos y gustativos para mantener tus capacidades sensoriales?

- Sí
- No



6. Cuantas veces piensas que podrías seguir las tareas?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Más de dos veces al día | <input type="radio"/> Más de una vez a la semana |
| <input type="radio"/> Dos veces al día | <input type="radio"/> Una vez a la semana |
| <input type="radio"/> Una vez a día | <input type="radio"/> Menos a menudo |
| <input type="radio"/> Una vez cada dos días | |

7. ¿Cuánto tiempo te gustaría estar participando en la nueva actividad?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Una semana | <input type="radio"/> Dos meses |
| <input type="radio"/> Dos semanas | <input type="radio"/> Tres meses |
| <input type="radio"/> Un mes | <input type="radio"/> Más de tres meses |

8. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases relacionadas con experiencias sensoriales:



Funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



	En total acuerdo	De acuerdo en parte	Ni en acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo en parte	En total desacuerdo
El sabor de la comida es importante para mí					
La comida que como hoy es tan sabrosa como la que comía antes					
La comida que como hoy sabe diferente de la que solía comer antes					
Para mí el sabor de la comida es más importante que sus beneficios para la salud					
Yo suelo comer más cuando la comida es sabrosa					
Yo como lo que necesito independientemente del sabor					
Yo suelo comer de más cuando el sabor es bueno					
Quiero que mi comida sea muy sabrosa					
Con frecuencia añado sal a las comidas para hacerlas más sabrosas					
Con frecuencia añado especias a las comidas para hacerlas más sabrosas					
Me gustan las comidas dulces					
Ahora las comidas dulces no son tan dulces como las que solía comer antes					
Si las comidas fueran sabrosas, podría comer más					
A menudo dejo comida en mi plato porque no me gusta el sabor					
Me gusta la comida tradicional					
Me gusta probar comidas que son nuevas para mí					
Me resulta más difícil hoy percibir los sabores y olores que cuando era joven					
Me resulta fácil reconocer los sabores y olores					
Me resulta fácil reconocer cuando la comida está salada					
Me resulta fácil reconocer cuando la comida está dulce					
Me resulta fácil reconocer cuando la comida está ácida					
Me resulta fácil reconocer cuando la comida está amarga					
No me divierto mientras como					
Me divierto cuando participo en nuevas actividades					
Me gustaría aprender más sobre varios sentidos, p.e función del sentido del gusto					
Pienso que mi capacidad para percibir los sabores puede mejorar si la entreno					
Estoy interesado en formar parte de los grupos de entrenamiento para mejorar mis habilidades para percibir los sabores característicos de la comida					
Estoy interesado en participar en varios entrenamientos regularmente, que podrían mejorar mi capacidad de percibir los sabores característicos de la comida					



5. Experiencia con la comida: 9. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases relacionadas con tu experiencia con la comida:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo en parte	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo en parte	En desacuerdo
Habitualmente cocino mi comida y la como					
Es otro el que cocina la comida que yo como					
Normalmente como a las mismas hora todos los días					
Normalmente como por mi cuenta					
Normalmente suelo comer con una o varias personas					
Me divierte comer					
Pienso que comer es una tarea aburrida					
Me divierte comer con mi familia					
Me divierte comer con mis amigos					
Me divierte comer por mi cuenta					
Como mi comida a la hora del almuerzo					
Como mi comida por la tarde					
Me gusta tomar algo de queso con mi comida					
Me gusta acabar mi comida con un postre dulce					
Normalmente bebo agua con la comida					
Normalmente bebo cerveza con la comida					
Normalmente bebo vino con la comida					
Me gusta el café					
Me gusta el Té					
Yo tomo fruta por lo menos una vez al día					
Tengo dificultades para masticar la carne y algunas comidas duras					
Yo sufro boca seca, que hace difícil masticar y salivar algunas comidas					
Me gusta mi comida preparada a mi modo que hace fácil masticar y salivar					
Necesito ayuda para comer					
Necesito ayuda para beber					



Anexo 2

Mini Evaluación Nutricional

G Y M S E N

Gimnasia sensorial para ancianos: Programa para el mantenimiento de las capacidades sensoriales en ancianos.

☺ Grupo 1: Intellectualmente activos

☹ Grupo 2: Intellectualmente inactivo

☹ Grupo 3: Institucionalizados

☹ Grupo 4: Alzheimer

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT ®

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso (kg):	Altura (cm):	Fecha:

Completa la siguiente encuesta, marcando los números apropiados.

Encuesta	
A.	Has rechazado la ingesta en los res últimos meses por perder el apetito, problemas digestivos, dificultades al masticar o tragar? 0 =Disminución severa de la ingesta alimenticia 1 =Disminución moderada de la ingesta alimenticia 2 = Sin disminución en la ingesta alimenticia
B.	Ha sufrido pérdida de peso durante los últimos 3 meses 0 = Pérdida de peso mayor de 3 kg (6.6lbs) 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg (2.2 and 6.6 lbs) 3 = Sin pérdida de peso
C.	Movilidad 0 = Sujeto en la cama o en silla 1 = Capaz de moverse de la cama/ silla pero no de salir fuera 2 = Sale fuera
D.	¿Ha sufrido estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses? 0 = Sí 2 = No
E.	Problemas neuropsicológicos. 0 = Demencia severa o depresión 1 = Demencia leve 2 =Sin problemas psicológicos
F.	IMC (Índice de masas corporal) = Peso en kg/(Altura en m) ² 0 = IMC menor de 19 1 = IMC entre 19 y menor de 21 2 = IMC entre 21 y menor de 23 3 = IMC entre 23 o mayor
PUNTUACION TOTAL	
_____ Puntos	



GYMSEN

Gimnasia sensorial para ancianos: Programa para el mantenimiento de las capacidades sensoriales

Apellidos:	Nombre:
Valoración:	
G. Vive independiente (sin cuidados de enfermería en casa u hospital) 0 = No 1 = Sí	
H. Toma más de 3 tipos de medicamentos al día 0 = Sí 1 = No	
I. Dolor por presión o úlceras en la piel 0 = Sí 1 = No	
J. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	
K. Seleccione marcando el consumo de ingesta proteica <ul style="list-style-type: none"> • Al menos una ración de estos productos lácteos al día (leche, queso, yogurt) Sí _____ No _____ • Dos o más raciones de legumbres o huevos por semana Sí _____ No _____ • Carne , pescado o ave todos los días Sí _____ No _____ 0.0 = si 0 o 1 "Sí" 0.5 = si 2 "Sí" 1.0 = si 3 "Sí"	
L. ¿Consumo de dos o más raciones de fruta o vegetales por día? 0 = No 1 = Sí	
M. ¿Cuánto líquido (agua, zumo, café, té, leche) consume al día? 0.0 = Menos de 3 vasos 0.5 = 3 a 5 vasos 1.0 = Más de 5 vasos	
N. Modo de alimentación 0 = Imposible comer sin ayuda 1 = Se autoalimenta con algo de dificultad 2 = Autoalimentación sin problemas	
O. Apariencia del estado nutricional 0 = Aspecto de principio de malnutrición 1 = Inseguro del estado nutricional 2 = Aspecto de no tener problemas de nutrición	
P. En comparación con otra gente de la misma edad ¿Cómo considera el paciente su estado de salud? 0.0 = No tan bien 0.5 = No lo sobe 1.0 = Bueno 2.0 = Mejor	
Q.. Diámetro del antebrazo en cm 0.0 = Menos de 21 0.5 = Entre 21 y 22 1.0 = Mayor de 22	
R. Diámetro de la pantorrilla en cm 0 = Menos de 31 1 = 31 o mayor	
PUNTUACION ENCUESTA:	_____ puntos
PUNTUACION VALORACION:	_____ puntos
TOTAL MNA:	_____ puntos



(Para el entrevistador)

G Y M S E N

Gimnasia sensorial para ancianos: Programa para el mantenimiento de las capacidades sensoriales en la tercera edad.

- ☺ Grupo 1: Intellectualmente activo
- ☺ Grupo 3: Institucionalizados

- ☺ Grupo 2: Intellectualmente inactivo
- ☺ Grupo 4: Alzheimer

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT ®

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso (kg):	Altura (cm):	Fecha:

Completa la encuesta marcando el número adecuado. Suma los números de las encuestas (A-F). Si el total es 11 o menos, continúa con la valoración (G-R).

Encuesta
<p>A. ¿Ha rechazado la ingesta en los tres últimos meses por perder el apetito, problemas digestivos, dificultades al masticar o tragar?</p> <p>0 = Disminución severa de la ingesta alimenticia 1 = Disminución moderada de la ingesta alimenticia 2 = Sin disminución en la ingesta alimenticia</p>
<p>B. ¿Ha sufrido pérdida de peso durante los últimos 3 meses?</p> <p>0 = Pérdida de peso mayor de 3 kg (6.6lbs) 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg (2.2 and 6.6 lbs) 3 = Sin pérdida de</p>
<p>C. Movilidad</p> <p>0 = Sujeto en la cama o en silla 1 = Capaz de moverse de la cama/ silla pero sin salir fuera 2 = Sale fuera</p>
<p>D. ¿Ha sufrido estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses?</p> <p>0 = Sí 2 = No</p>
<p>E. Problemas neuropsicológicos.</p> <p>0 = Demencia severa o depresión 1 = Demencia leve 2 = Sin problemas psicológicos</p>
<p>F. IMC (Índice de masas corporal) = $\text{Peso en kg} / (\text{Altura en m})^2$</p> <p>0 = IMC menor de 19 1 = IMC entre 19 y menor de 21 2 = IMC entre 21 y menor de 23 3 = IMC entre 23 o mayor</p>
<p>Total encuesta (máx. 14 puntos)</p> <p>12-14 puntos: Estado de nutrición normal 8-11 puntos: En riesgo de malnutrición 0-7 puntos: Malnutrido</p> <p>Si el total es 11 o menos, continuar con las preguntas G-R</p>
Valoración
<p>G. Vive independiente (sin cuidados de enfermería en casa u hospital)</p> <p>0 = No 1 = Sí</p>
<p>H. Toma más de 3 tipos de medicamentos al día</p> <p>0 = Sí 1 = No</p>
<p>I. Dolor por presión o úlceras en la piel</p> <p>0 = Sí 1 = No</p>



<p>J. ¿Cuántas comidas completas realiza al día?</p> <p>0= 1 comida 1= 2 comidas 2= 3 comidas</p>	
<p>K. Seleccione los consumos que realiza para la ingesta proteica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al menos una ración de lácteos al día. Sí___ No___ • Dos o más raciones de legumbres o huevos por semana. Sí___ No___ • Carne, pescado o ave todos los días. Sí___ No___ <p>0.0 = si 0 o 1 "Sí" 0.5 = si 2 "Sí" 1.0 = si 3 "Sí"</p>	
<p>L. ¿Consumes dos o más raciones de fruta y verdura al día?</p> <p>0 = No 1 = Sí</p>	
<p>M. ¿Cuántos líquidos (agua, zumos, café, té, leche, etc.) consume al día?</p> <p>0.0 = Menos de 3 vasos 0.5 = De 3 a 5 vasos 1.0 = Más de 5 vasos</p>	
<p>N. Modo de alimentación</p> <p>0 = Incapacidad para comer sin ayuda 1 = Autoalimentación con dificultad 2 = Autoalimentación sin problemas</p>	
<p>O. Apariencia del estado nutricional</p> <p>0= Apariencia de estar malnutrido 1= Es incierto determinar el estado nutricional 2= Apariencia de no tener problemas de nutrición</p>	
<p>P. En comparación con otras personas de la misma edad ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <p>0.0 = No tan bueno 0.5 = No lo sé 1.0 = Es bueno 2.0 = Mejor</p>	
<p>Q. Perímetro (circunferencia) del brazo en cm</p> <p>0.0 = Menos de 21 0.5 = Entre 21 y 22 1.0 = Superior a 22</p>	
<p>R. Perímetro (circunferencia) pantorrilla en cm</p> <p>0 = Menos de 31 1 = 31 o superior</p>	
Encuesta	_____ puntos (máx. 14 puntos)
Valoración	_____ puntos (máx. 16 puntos)
Total MNA	_____ puntos (máx. 30 puntos)
Puntuación de indicadores de malnutrición	
24 a 30 puntos	Estado nutricional normal
17 a 23.5 puntos	En riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos	Malnutrición



Anexo 3a

OCT: Test de la capacidad olfativa – Grupo 1 (UMH) y 2 (ERA): Poblacion sin problemas sensoriales

Una pequeña descripción.

El test consiste en comparar dieciseis parejas de botes con muestras de olores: cuatro olores, cada uno con tres diferentes concentraciones.

Los olores débiles son más difíciles de detectar, mientras que los olores fuertes son supuestamente reconocidos más fácilmente por las personas con las capacidades olfativas normales.

Las muestras deben de estar a temperatura ambiente cuando el test se lleve a cabo. La temperatura de las muestras tiene gran influencia en la intensidad del olor y en la facilidad para su reconocimiento.

- Es aconsejable el uso del mismo juego de muestras cada 5 personas.
- En la primera actividad, el encuestador proporcionará primero la pareja de muestras que se debe identificar. A los participantes se les preguntará qué ingrediente es diferente en las muestras. Los participantes dispondrán de imágenes relacionadas con los cuatro posibles olores. El encuestador indicará la elección hecha por los participantes.
- En la segunda actividad, se realizará un test de comparación pareada o por pares. Los participantes recibirán una pareja de muestras y tendrán que indicar cuál de las dos es más intensa para un determinado olor. El encuestador indicará la elección hecha por los participantes.
- Las muestras se presentarán siempre en orden y por parejas desde la 1 hasta la pareja 8.



Cuestionario de las capacidades olfativas – Grupos 1 y 2

Sujeto: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

Cuestionario de seguimiento: _____

Pareja	Olor identificado				Intensidad del olor	
	Ajo	Limón	Vainilla	Pimentón	Pareja	Muestra
1					1	
2					2	
3					3	
4					4	
5					5	
6					6	
7					7	
8					8	

Nº identificaciones correctas:				
Total identificaciones correctas:				

Comentarios: _____

Firma del encuestador: _____



Descripción de las muestras para la prueba olfativa OCT:

Código	Identidad de olor	Intensidad de olor
ZuTo-0	1	2
ZuTo-AjoM	3	4
ZuTo-AjoA	5	6
ZuTo-0	7	8
ZuTo-PiM	9	10
ZuTo-PiA	11	12
ZuMa-0	13	14
ZuMa-VaM	15	16
ZuMa-VaA	17	18
ZuMa-0	19	20
ZuMa-LiM	21	22
ZuMa-LiA	23	24

0: Sin ingrediente añadido, **A:** Intensidad alta, **M:** Intensidad media, **ZuTo:** Zumo de tomate, **ZuMa:** Zumo de manzana

Parejas para la tarea de identificar el olor:

Pareja	Estímulos	Identidad de olor			
1	Vainilla (Va)	13 y 15	0-M	13	15
2	Pimentón (Pi)	11 y 7	0-A	11	7
3	Limón (Li)	23 y 19	0-A	23	19
4	Ajo	1 y 3	0-M	1	3
5	Limón (Li)	19 y 21	0-M	19	21
6	Pimentón (Pi)	7 y 9	0-M	7	9
7	Vainilla (Va)	17 y 13	0-A	17	13
8	Ajo	5 y 1	0-A	5	1

Parejas para la tarea de intensidad:

Pareja	Estímulos	Intensidad de olor			
1	Vainilla (Va)	14 y 16	0-M	14	16
6	Pimentón (Pi)	10 y 12	M-A	10	12
3	Limón (Li)	22 y 20	0-M	22	20
4	Ajo	2 y 4	0-M	2	4
5	Limón (Li)	22 y 24	M-A	22	24
2	Pimentón (Pi)	10 y 8	0-M	10	8
7	Vainilla (Va)	18 y 16	M-A	18	16
8	Ajo	6 y 4	M-A	6	4



Los participantes tienen que completar primero la tarea de IDENTIFICACION DEL OLOR (8 parejas), luego hacen un descanso y luego la tarea de INTENSIDAD DEL OLOR (8 parejas): Total 16 comparaciones.

Para organizar el OCT: Es necesario involucrar como mínimo a dos personas, una encargada de OCT y otra haciendo con otras tareas durante el tiempo que dura el OCT: por ej. completando el resto de cuestionarios MNA, TNA partes 1-2, el Excel, etc.

Encuestador: Cada encuestador tiene un juego completo de muestras, ambas para identificar el olor y la intensidad (16 parejas en total). Una orientación sobre la duración aproximada podría ser:

- Identificación del olor: 10 min/participante
- Intensidad del olor: 10 min/participante

Tarea de identificación del olor:

El encuestador tiene que hacer primero con cada participante la tarea de identificación del olor, todas las parejas una por una. Para ello, el encuestador proporcionará las muestras a los participantes en el orden predeterminado en la tabla de la página anterior. Por ejemplo, para la pareja 1, la muestra 13 estará situada a la mano izquierda del participante y la muestra 15 en la mano derecha.

Dar a los participantes unos segundos de tiempo entre las muestras.

Una vez que los participantes acaben con la tarea de identificación, se toman un descanso. Los participantes continuarán haciendo otra actividad (otro cuestionario por ejemplo). Transcurrido el tiempo, pasarán a la tarea de intensidad de olor.

Tarea de intensidad del olor:

Cada uno de todos los participantes que acabe la tarea de identidad del olor, y tras la pausa, continuará con la tarea de intensidad del olor. El procedimiento es el mismo que en la tarea anterior: el encuestador está provisto de las muestras para los participantes en el orden predeterminado en la tabla de la página anterior: Por ejemplo, para la pareja 1, la muestra 14 estará situada a la izquierda del participante y la muestra 16 a la derecha.

Dar a los participantes algunos segundos entre las muestras.

Instrucciones del encuestador para los sujetos participantes (utilizar quizás un lenguaje menos formal):

- 1. Tienes dos muestras en frente de ti. Las muestras son iguales excepto por un ingrediente. Por favor, indica cual es el ingrediente, oliendo la muestra.**

Tienes cuatro opciones y tienes que elegir una de ellas.

Advertencia al encuestador: Recuerda que esto es una elección obligatoria, así que debes marcar una única casilla en el cuestionario.



Ajo



Limón



Vainilla



Pimentón

La idea es que usando las palabras y los dibujos debería ser más fácil para el sujeto recordar el olor.



La idea de forzar una elección es que el sujeto se guíe por la memoria inconsciente

- 1. ¿Cuál de las dos siguientes muestras tiene más intenso el olor a ajo?**
- 2. ¿Cuál de las dos siguientes muestras tiene más intenso el olor a limón?**
- 3. ¿Cuál de las dos siguientes muestra tiene más intenso el olor de vainilla?**
- 4. ¿Cuál de las siguientes muestras tiene más intenso el olor a pimentón?**

Advertencia para el encuestador: Recuerda que ésta es una elección forzada. Se debe indicar el número de muestra en el recuadro del test.



¿A qué comida te recuerda este olor?



Ajo



Limón



www.shutterstock.com · 226379035

Vainilla



www.shutterstock.com · 231614365

Pimentón



¿Cuál de las siguientes muestras tiene más intensidad en el olor a ajo?

¿Cuál de las siguientes muestras tiene más intensidad en el olor a limón?

¿Cuál de las siguientes muestras tiene más intensidad en el olor a vainilla?

¿Cuál de las siguientes muestras tiene más intensidad en el olor a pimentón?

Anexo 3b

OCT: Test de capacidad olfativa –Grupos 3 (ANS) y 4 (AAARD): Poblacion con problemas sensoriales

Introducción

Una de las ideas de este programa piloto de entrenamiento desarrollado y probado en el proyecto GYMSEN fue desarrollar la “gimnasia sensorial”, con el objetivo de que tuviera un efecto sobre las capacidades sensoriales de los sujetos. Es bien conocido que las capacidades sensoriales se van perdiendo con la edad. La pérdida puede ser más severa en sujetos mayores, que podrían ser más vulnerables si además sufren varias enfermedades. No sólo la vista y la audición están afectadas, sino que también la habilidad para percibir los gustos y olores se reduce. Esto es ciertamente de gran importancia para la percepción de los sabores de las comidas. Normalmente se dice que el sabor de los alimentos, desde el punto de vista estrictamente científico, sirve para percibir a través de los receptores gustativos localizados en la boca, los cinco sabores básicos: dulce, salado, ácido, amargo y umami. Sin embargo, la mayoría de las comidas tienen muchos más complejas “degustaciones” que las que se describen basándose sólo en los sabores básicos. La principal razón de esto es que también intervienen los receptores pertenecientes al sentido del olfato, que se están estimulando mientras se come o se bebe. La razón principal es por los componentes volátiles que son liberados de los alimentos en la boca durante el proceso de masticación y salivación. Estos componentes llegan a los receptores olfativos de la nariz a través del aire inhalado a nivel retranasal. El cerebro integra las sensaciones que obtiene de los sensores del gusto y el olfato en una impresión que ordinariamente se conoce en el lenguaje coloquial como sabor, pero que desde la perspectiva científica se clasifica como olor. De hecho, el aroma de muchas comidas y bebidas hace una mayor contribución a los sabores que el propio sabor que se degusta. Por lo tanto, una persona con una pérdida de la capacidad olfativa puede tener serios problemas para percibir los sabores de las comidas y bebidas. Todo esto puede resultar en una pérdida del apetito, repercutiendo seriamente desde el punto de vista de la nutrición y la salud.

Podría ser un resultado muy positivo para el proyecto GYMSEN, si el programa de entrenamiento que se ha desarrollado y los estudios piloto resultan en una mejora de la habilidad para percibir sabores. Un modo de medir si el programa tiene dicho efecto, podría ser aplicar algún tipo de cuestionario psicofisiológico que pudiera medir objetivamente las capacidades olfativas. En los programas de entrenamiento que se desarrollaron y en la prueba piloto, se usaron cuatro tipos de alimentos base: naranja, tomate, chocolate y queso. Por lo tanto, se desarrolló un cuestionario psicofisiológico utilizando los aromas de estos cuatro alimentos.



Pequeña descripción del cuestionario.

La primera intención de este cuestionario era que fuera fácil de realizar por los ancianos participantes. Una descripción detallada del cuestionario se presentará en un documento científico.

El cuestionario trabaja con doce botes conteniendo los olores de las muestras. Se trata de los aromas de cuatro alimentos usados en el entrenamiento GYMSEN. Son aromas de naranja, tomate, chocolate y queso usados comúnmente por las industrias alimentarias. Los aromas fueron diluidos en propilén-glicol. Para cada aroma hubo muestras con diferentes concentraciones. El factor de dilución entre 2 muestras fue 10, y de 100 para la tercera muestra comparada con la primera, lo que significa que había una dilución con un factor 100 entre la muestra menos diluida y la más diluida. No fue posible para el proyecto GYMSEN invertir mucho tiempo en el diseño de las muestras. El diseño se basó por lo tanto en las desgustaciones realizadas en los estudios piloto de algunos colegas. Por lo tanto, se prevé que se pueda rediseñar el cuestionario en el futuro basándose en las experiencias obtenidas en los estudios piloto de GYMSEN.

Se esperaba que los olores débiles pudieran ser más difíciles de detectar que los más fuertes en personas con capacidad olfativa normal.

El test fue diseñado para medir la habilidad de los sujetos para detectar diferentes intensidades de olor, así como para reconocer los diferentes olores usados.

Para detectar y valorar la intensidad, se usó una escala simple de categoría para las muestras:

Sin olor
Intensidad de olor débil
Intensidad de olor media
Intensidad de olor fuerte

Después, las categorías de intensidad se transformaron en intensidades numéricas con valores desde 0 (sin olor) hasta 3 (olor fuerte) .

La tarea de identificación consistió en hacer una elección entre las siguientes opciones:

Naranja Tomate Chocolate Queso

Para el tratamiento estadístico, después de la identificación de los datos, se dieron valores: 1 para los identificados correctamente y 0 para los incorrectos.



Las muestras fueron presentadas a los sujetos en el siguiente orden (1= olor débil, 2= olor medio y 3= olor fuerte):

Muestra 1	Chocolate 2
" 2	Tomate 1
" 3	Queso 1
" 4	Naranja 2
" 5	Queso 2
" 6	Tomate 2
" 7	Chocolate 1
" 8	Naranja 1
" 9	Tomate 3
" 10	Chocolate 3
" 11	Queso 3
" 12	Naranja 3

La imagen muestra un juego completo de botes de aromas.





Se dieron las siguientes instrucciones generales:

- Las muestras deben estar en una habitación atemperada cuando el cuestionario se lleve a cabo. La temperatura de la muestra tiene una gran influencia en la intensidad del olor, del mismo modo en la facilidad para reconocer el olor.
- Es aconsejable mantener las muestras refrigeradas en la nevera cuando no se vayan a usar por un periodo largo de tiempo. Esto hace que duren más. En el proyecto GYMSEN no hubo posibilidad de medir la vida media de las muestras, pero en cualquier caso mostraron una larga resistencia al mantenerse refrigeradas.
- Las muestras deben ser siempre presentadas en el orden de 1 (primera) a 12 (última).

Procedimiento

Cuando el cuestionario fue diseñado para ser usado en el entrenamiento de GYMSEN del grupo 3 (institucionalizados) y 4 (sujetos con demencia), se tuvo en cuenta que el sujeto podría necesitar ayuda de un supervisor.

Así, el supervisor presentó las muestras una a una a los sujetos. Los sujetos también recibieron dos hojas, una con las categorías de intensidad en las que debían puntuar cómo de fuertes consideraban que eran los olores, y otra con imágenes y nombres escritos de los alimentos que usarían en la tarea de identificación. El supervisor utilizó una hoja de puntuación para registrar las observaciones. Las observaciones se transfirieron posteriormente a un archivo de Excel para el tratamiento posterior de los datos y el análisis estadístico.

La hoja de puntuación y las hojas con información para los sujetos y encuestadores se puede ver en las siguientes páginas.



OCT (Test de capacidad olfativa)-Para personas con problemas sensoriales

Sujeto:

Fecha:

Lugar:

Encuestador:

Instrucciones breves para el encuestador:

Abra un bote y colóquelo cerca de la nariz del sujeto. Enséñele a olerlo.

- 1) Pregunte cómo de fuerte es el olor. Marque en la casilla correspondiente.
- 2) Luego pregunte a cuál de los 4 alimentos le recuerda el olor. Marque la casilla correspondiente.

Nota: Esto es un test de elección forzada. Aunque el sujeto se muestre dubitativo, debe realizar una elección final.

Intensidad de olor

//

Identidad de olor

Muestra	Sin olor	Olor débil	Olor medio	Olor fuerte	Naranja	Tomate	Chocolate	Queso
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Nº de identificaciones correctas en "intensidad":

"identidad":

Total:

Comentarios (en la parte posterior de la hoja):

Firma del encuestador:



¿Cómo de fuerte considera que es el olor de esta muestra?

La muestra
no tiene olor

La muestra
tiene olor débil

La muestra
tiene olor medio

La muestra
tiene olor fuerte

¿A qué alimento le recuerda el olor de esta muestra?



Naranja

Tomate

Chocolate

Queso



Instrucciones del encuestador para con el sujeto (hablar en un lenguaje menos formal)

Sin pensar en la naturaleza del olor ¿Cómo de fuerte considera que es el olor de esta muestra?

Estas son las 4 alternativas. El encuestador debe marcar en la casilla correspondiente

La muestra
no tiene olor

La muestra
tiene olor débil

La muestra
tiene olor medio

La muestra
tiene olor fuerte

La idea de esta parte del test es tener información de la habilidad del sujeto para percibir olores. Abajo se presentan interpretaciones de las intensidades de olor que puede usar el encuestador con sus propias palabras, para ayudar al sujeto a describir cómo de fuerte es el olor que percibe.

El sujeto no percibe ningún olor en la muestra

El sujeto puede percibir con dificultad que la muestra tiene algún olor. El sujeto debe expresar con claridad que es difícil o imposible detectar el olor, pero hay algo

El sujeto puede percibir con facilidad que la muestra tiene algún olor. Puede ser difícil de reconocer, pero no sería necesario para responder el identificar el olor. Basta con que detecte algo.

El sujeto puede percibir con claridad que la muestra tiene un olor. Puede ser difícil de identificar, pero no sería necesario para responder. Basta con que detecte con claridad que hay algo.

Instrucciones del encuestador para con el sujeto (hablar en un lenguaje menos formal)

Ahora pregunta: ¿A qué alimento le recuerda el olor de esta muestra?

Estas son las 4 alternativas. Hay que elegir sólo una. El encuestador debe recordar que es un test de elección forzada y debe marcar en la casilla correspondiente



Naranja



Tomate



Chocolate



Queso

La idea de usar imágenes y palabras es facilitar la identificación del olor al sujeto

La idea de la elección forzada es guiar al sujeto a su memoria subconsciente



Anexo 4

G Y M S E N

Gimnasia sensorial para ancianos: Programa para el mantenimiento de capacidades sensoriales en los ancianos.

🕒 Grupo 4: Alzheimer

📄 Consentimiento informado

INVENTARIO DE COMPORTAMIENTOS AVERSIVOS CON LA COMIDA

Nombre:		Apellidos:		
Sexo:	Edad:	Peso (kg):	Altura (cm):	Fecha:
Etapa 1: Comportamiento de resistencia (reflejos defensivos)				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vuelve su cabeza cuando ve la cuchara. 2. Cubre su boca con sus manos para evitar comer. 3. Empuja la comida o a la persona que intenta alimentarle. 4. Araña, pega o muerde a quien lo alimenta. 5. Tira la comida fuera. 				
Etapa 2: General dispraxia/agnosia (déficit cognitivo global, confusión, falta de atención)				
<ol style="list-style-type: none"> 6. Come sólo por inducción oral. 7. Usa sus dedos en lugar de cubiertos. 7. a. Es imposible que use cubiertos. 8. Mezcla y juega con la comida, pero no se la come. 9. Habla o vocaliza constantemente en lugar de comer. 10. Ingiere objetos incomedibles (pañal, pañuelos, etc.). 11. Constante acumulación de alimentos durante el tiempo de la comida. 11. a. Ignora o no reconoce la comida. 				
Etapa 3: Comportamiento selectivo (requiere cambios cualitativos en la dieta)				
<ol style="list-style-type: none"> 12. Si no obtiene cierta comida o aditivo, no come. 13. Después de recibir la comida pregunta por ella, intenta pero la rechaza. 14. No come una variedad suficiente. 15. Come pequeñas cantidades y deja de comer. 16. Prefiere comida líquida (sobre el 50% de la ingesta). 17. Sólo acepta líquidos 				
Etapa 4: Disfagia orofaríngea (descoordinación neuromuscular oral para la ingesta)				
<ol style="list-style-type: none"> 18. No abre su boca a menos que se le fuerce físicamente. 19. Aprieta sus labios impidiendo la ingesta. 20. Cierra su boca y dientes impidiendo la ingesta. 21. Constantemente mueve su boca o su lengua. 22. Acepta comida y la escupe. 23. Acepta comida pero no se la traga. 24. Acepta comida, pero se cae porque su boca permanece abierta. 				
Etapa 5: Disfagia faringoesofágica (comida en tráquea y vías aéreas)				
<ol style="list-style-type: none"> 25. Tose o se atraganta con la comida. 26. Pierde la voz o tiene la voz seca. 				



LA ESCALA DE VALORACION HACE POSIBLE IDENTIFICAR 5 ETAPAS DE DESARROLLO. **VALORES BAJOS EN LA ESCALA INDICAN EVOLUCIÓN FAVORABLE PARA LOS PACIENTES.**

Etapa 1: Aversión para la autoalimentación, el paciente tiene un comportamiento hacia la comida de resistencia, con reflejos defensivos y un sistemático rechazo a ingerir alimentos.

Etapa 2: Dispraxia general y/o agnosia secundaria con confusión o falta de atención por padecer déficit cognitivo global.

Etapa 3: Comportamiento selectivo, continúa siendo posible alimentar al paciente si cambiar su dieta cualitativamente.

Etapa 4: Disfagia orofaríngea; hay una descoordinación muscular oral y en la faringe durante las etapas de tragado. Hay una dependencia total del paciente con el cuidador cuando va a comer.

Etapa 5: Disfagia faringoesofágica, riesgo de atragantamiento y asfixia por aspiración, es la última de las manifestaciones de desordenes alimenticios. Llegados a este punto, las técnicas de intervención no funcionan, aplicando entonces alternativas de nutrición oral, como la nutrición artificial.



Anexo 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EJERCICIOS DE ENTRENAMIENTO SENSORIAL PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Sr/Sra./Srta..... como cuidador familiar del pacientey miembro de AAADR, de años de edad, residente en ID nº.....

DECLARO

Que Dr. Enrique Roche, -me ha explicado:

1. Identificación, descripción y objetivos del procedimiento.

La AAADR (Asociación Ateniense de Enfermos de Alzheimer y Desórdenes Relacionados) Griega en colaboración con la Universidad Miguel Hernández (UMH-España) organizará unos ejercicios de entrenamiento donde diferentes olores serán estudiados, así como ejercicios de disociación de estimulación sensorial, valoración de la memoria olfativa-gustativa y la intensidad. En estos talleres, se prestará especial atención a pacientes que han perdido el interés por la comida, que presenten deficiencias en la salivación o problemas de deglución (alteraciones frecuentes en la enfermedad de Alzheimer)

Los resultados derivados del taller serán incluidos en las guías desarrolladas para los cuidadores y miembros de la familia, para mejorar la calidad de vida y nutrición de los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

El procedimiento que se me ha propuesto no requiere el estudio demográfico o datos clínicos ni revisión de historias clínicas o seguimiento de la progresión de la enfermedad.

2. Beneficios esperados

No recibiré ninguna compensación económica ni otro beneficio, de manera que si el estudio se completa, es posible en el futuro ayude a mejorar la calidad de vida y nutrición de estos pacientes en colaboración con la asociaciones de ayuda como es AAADR.

3. alternativas razonables

La decisión de permitir el análisis de los datos, es completamente voluntaria, permitiéndome negarme o revocar mi consentimiento en cualquier momento sin necesidad de justificarlo.

4. Consecuencias esperadas por completar o no completar el estudio.

Libre y voluntariamente permito la evaluación de mi información, pero tengo derecho para decidir ser o no ser informado de los resultados de las investigaciones, si éstas han sido realizadas.

5. Riesgos frecuentes y raros.

La evaluación de los datos nunca supondrá un riesgo adicional para la salud el paciente.

6.-Riesgos y consecuencias dependientes de la situación del personal de la clínica del paciente y sus circunstancias personales y profesionales.

Ninguna

7.- Protección de información personal y confidencialidad.

La información de mis datos personales y mi salud será incluida y manejada en nuestra base de datos, cumpliendo con la ley de protección de información de datos personales así como la legislación sanitaria.

El uso de información de los datos, así como mi estado de salud, será realizado por un procedimiento de disociación, mediante el cual se generara un código que evitará la identificación directa o indirecta del paciente.



Además, yo permaneceré informado del uso de la información y tendré la posibilidad usar mi derecho a acceder, ratificar, cancelar y oponerme al uso de mi información personal, en los terminas previstos en las regulaciones aplicadas.

Si decido anular mi consentimiento, mis datos no serán usados en ninguna encuesta después de la fecha en que yo anule mi consentimiento, aunque la información obtenida hasta este punto permanecerá como parte de la investigación.

Entiendo que:

Mi decisión es voluntaria, y puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin ninguna razón y que esto no afecta al cuidado médico ni a la patología que yo padezco.

Doy mi consentimiento por el cual AAADR y la UMH pueden usar mi información para la actual investigación, siempre manteniendo el anonimato y la confidencialidad de la información de los pacientes.

La información y el presente documento me han sido entregados con suficiente tiempo para considerar y tomar una decisión libre y responsable.

Comprendo las explicaciones que he recibido en un lenguaje claro y simple, y el investigador que me ha atendido me ha comentado todos los aspectos, respondiendo a todas las dudas que tenía.

Observaciones:
.....

Por lo tanto, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en las actuales condiciones, estoy en acuerdo y consiento el uso de los datos clínicos y demográficos para la investigación.

En..... de..... de 201...

Paciente:

Firma del testigo:

Firma del investigador:

Firma del miembro de la familia

ID:

Firmado:

(Nombre completo)

Firmado:.....

(Nombre completo)

Firmado:.....

(Nombre completo)



REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ENTRENAMIENTO SENSORIAL PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Sr./Sra./Srta. como el
paciente (o representante del Sr. /Sra.
/Srta.....), de.....años de edad, residente
en.....
.....ID..... Revoco mi consentimiento dado en la fecha..... , así
como las conclusiones obtenidas, sin requerimiento de ninguna razón, sin estar mi cuidado
médico afectado.

En de..... de 201...

Paciente:

Firma del testigo:

Firma del investigador:

Firma del miembro de la familia

ID:

Firmado:

(Nombre completo)

Firmado:.....

(Nombre completo)

Firmado:.....

(Nombre completo)



Anexo 7a

Cuestionario de opinión/satisfacción para los participantes

G Y M S E N

Gimnasia Sensorial para ancianos: Programa para el mantenimiento de las capacidades sensoriales en los ancianos.

- ☺ Grupo 1: Intellectualmente activo
- ☹ Grupo 3: Institucionalizados

- ☹ Grupo 2: Intellectualmente inactivo
- ☹ Grupo 4: Alzheimer

El objetivo del cuestionario es evaluar varios aspectos una vez que usted ha finalizado el curso. La búsqueda de estas opiniones es para planificar mejor futuros programas de entrenamiento. Así que su participación es muy importante.

Cuando se indique, por favor evalúe cada una de las cuestiones de 1 (muy malo) a 5 (excelente).

Nombre de la actividad:

Sobre el profesor:

- a) El profesor tiene un dominio completo de la materia impartida: 1, 2, 3, 4, 5
- b) El profesor proporciona ejemplos prácticos para presentar los trabajos: 1, 2, 3, 4, 5
- c) El profesor interactúa con los estudiantes (ayudando a escribir los cuestionarios, leyendo los textos de los documentos y respondiendo las preguntas): 1, 2, 3, 4, 5

Gestión de cursos:

- a) La información obtenida durante el curso fue clara: 1, 2, 3, 4, 5
- b) La duración del curso fue óptima: 1, 2, 3, 4, 5
- c) Las clases fueron adecuadas para las actividades: 1, 2, 3, 4, 5

Comentarios, materiales y metodología

- a) La metodología fue adecuada: 1, 2, 3, 4, 5
- b) Los comentarios fueron apropiados: 1, 2, 3, 4, 5
- c) Los materiales usados fueron correctos: 1, 2, 3, 4, 5
- d) La duración de cada actividad fue adecuada: 1, 2, 3, 4, 5

Satisfacción general: 1, 2, 3, 4, 5

Sugerencias (por favor, aportar información adicional):



Anexo 7b

Cuestionario de respuestas para cuidadores, entrenadores y profesores

Proyecto:

Grupo:

- 1) Por favor enumera los problemas y debilidades que has encontrado durante la experiencia.

.....

.....

.....

- 2) Por favor enumera las posibles mejoras que podrías sugerir para mejorar los resultados del entrenamiento.

.....

.....

.....

- 3) Por favor enumera las posibles modificaciones que se podrían aplicar en el entrenamiento.

.....

.....

.....



“El apoyo de la Comisión Europea para la elaboración de esta publicación no implica la aceptación de sus contenidos, que es responsabilidad exclusiva de los autores. Por tanto, la Comisión no es responsable del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida.”